ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANN. MÉD.-PSYCH., 12e série, t. I. Janvier 1926. 1. 1

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1926



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Des garanties et précautions avant la sortie des aliénés

Lorsque les malades sont guéris des troubles mentaux qui ont nécessité l'internement, la loi exige que le médecin les remette en liberté dans le plus bref délai possible. Mais, alors même que les parents et les malades eux-mêmes s'empressent à obtenir la sortie de l'asile, il importe d'éviter le retour immédiat dans le service, après rechute, en entourant cette sortie de toutes les précautions et garanties nécessaires. Quelles sont ces précautions qui permettent au médecin d'assurer la continuité de l'équilibre mental du sujet, après qu'il a quitté son service. Je ne discute même pas cette thèse que le psychiatre doit se désintéresser de ses malades, après leur sortie, et qu'il n'a plus à s'occuper

de l'aliéné qu'il a mis en liberté. Le rôle social du médecin d'asile ne se borne pas seulement à établir des certificats d'aliénation mentale restreignant la liberté des individus soumis à son examen. Sa mission est plus haute, et ceux qui ont pensé à la Prophylaxie mentale et fondé des Sociétés de patronage et de secours pour les aliénés guéris ont bien compris que le médecin se doit à lui-même et qu'il a le devoir vis-à-vis de la société de ne pas limiter sa fonction aux murs de l'asile.

Tout d'abord, ainsi qu'on l'a bien démontré au dernier Congrès des médecins aliénistes (1), les règles qui doivent présider à la sortie d'un aliéné sont : 1° Son retour à la lucidité et la disparition des idées délirantes et des troubles du caractère ; 2° la connaissance qu'il a acquise et qu'il doit affirmer au besoin, par écrit, des troubles intellectuels et affectifs qui ont obligé sa famille à le faire soigner ; 3° la conscience qu'il doit avoir que tout excès lui est désormais interdit, et qu'il est sujet à une rechute. Mais ce sont là des garanties qui concernent le malade encore interné, et qui sont parfois insuffisantes, car il arrive que l'aliéné dissimule son délire et ses intentions, pour obtenir sa sortie, et puis, à l'asile, il vit dans des conditions très différentes de milieu et d'entourage, par rapport à celles qu'il retrouvera, après sa mise en liberté. Dès lors, ses réactions dans sa famille et le milieu dans lequel il va se trouver rejeté, ne peuvent pas être prévues avec certitude. Aussi, convient-il que le médecin connaisse la famille et l'entourage de son malade.

(1) Dr Robert. *Des sorties tardives des aliénés.*

Or, au cours des visites des familles à l'asile, le médecin a pu se rendre compte de l'incompréhension hermétique, de la sottise et de la mauvaise foi de certains parents d'aliénés, en ce qui concerne le cas mental pour lequel ils viennent consulter. Non seulement, lorsqu'ils nous demandent : « Quelle est sa maladie ? » les termes : arriération ou débilité mentale, accès maniaque, anxiété mélancolique, ne signifient rien pour ces gens, mais on croirait qu'ils s'efforçent de ne pas comprendre. « C'est de l'anémie cérébrale » nous disent-ils, après nos longues explications sur un cas de paralysie générale. ou : « C'est de la congestion cérébrale » s'il s'agit d'un alcoolique, de même qu'ils apportent des ciseaux à un persécuté, pour qu'il se venge de ses ennemis, de l'alcool à un éthylique, ou affirment, ainsi que je l'ai entendu dire : « Il a « bien tiré des coups de revolver, mais il n'est pas « méchant et il ne voulait pas faire de mal. » Dès lors, à quoi bon discuter ? Des conversations d'une heure n'ont pas plus d'effet que des affirmations catégoriques d'un mot, puisque le médecin se heurte, parfois, à une sottise irréductible, quand ce n'est pas à une mauvaise foi évidente. N'entendons-nous pas, en effet, la même femme qui, il y a quelques jours, nous demandait de la protéger contre les brutalités de son mari ou de son fils, nous affirmer, lorsqu'elle demande la sortie, « qu'il « n'a jamais été dangereux ». Par suite, quand cet homme qui, depuis des mois, vit à l'asile, et a évolué, en présence du médecin, vers l'amélioration et la guérison, se retrouvera dans son milieu, que deviendra-t-il ? Tout est à craindre. Sa femme lui reprochera son internement, et si même, ce qui est

encore fréquemment observé, elle ne partage pas son délire et ses tendances aux revendications injustifiées, ou ses habitudes éthyliques, elle l'irritera et contribuera à le troubler et à provoquer une rechute. Et ce qui est vrai pour la femme, peut être dit pour la mère et le père, ou certains amis. En ce qui touche les aliénés, l'ignorance du public dépasse toute imagination, le principe suivant étant érigé en axiome : « Il est un peu neuras-« thénique ou il a de l'anémie cérébrale, mais il « n'est pas fou, et il n'est pas dangereux ». Aussi, est-ce une excellente précaution adoptée par certains médecins, de ne signer la sortie d'un malade guéri, mais sujet à caution et à rechute, comme ils le sont tous dans certaines conditions, qu'à la suite d'une enquête de la Préfecture de Police auprès de la famille et du milieu dans lequel ce malade sera appelé à vivre, après sa mise en liberté. Je sais bien que d'autres médecins répugnent à ce procédé et considèrent qu'ils n'ont pas à s'occuper des conditions d'existence des parents des aliénés de leur service, non plus que des faits et gestes de ces individus, après leur sortie. Cependant, la Préfecture de Police, organisme de défense sociale, est dans son rôle, quand on l'utilise à de pareilles enquêtes, nécessaires le plus souvent pour éclairer la conscience du médecin et lui éviter des erreurs. De nombreux certificats sont ainsi rédigés : « Peut « être mis en liberté, à la condition d'être surveillé « et dirigé de façon efficace et continue », ce qui implique la nécessité d'une enquête démontrant que cette direction et cette surveillance seront exercées.

La loi a prévu avec raison une enquête avant

l'internement pour éviter des séquestrations arbitraires. Pourquoi pareille enquête ne serait-elle pas justifiée pour éviter une rechute suivie d'un délit ou d'un acte criminel, après la sortie ?

Toute prophylaxie mentale est illusoire qui s'appuie seulement sur la présentation du malade, en dehors de son milieu, les renseignements qu'il apporte lui-même et ceux que la famille concède au médecin, sans contrôle et sans enquête. C'est ainsi que des alcooliques récidivistes arrivent à cacher leurs précédents internements et leurs séjours en prison, de même que certains persécutés dissimulent les réactions déterminées par leurs idées délirantes. Quant aux simulateurs, rien n'est plus facile pour eux qu'un internement, s'ils sont habiles, et se présentent à un médecin, non prévenu de leur existence passée et de leurs antécédents judiciaires et autres. L'exemple le plus probant que je puisse citer est le suivant : « *Il était un escroc célèbre (tous les journaux ont cité son nom) qui, traqué par la police, décida, un jour, de se faire hospitaliser, pour échapper aux recherches et vivre aux frais de l'Etat, autre part qu'en prison. Comment et par qui a-t-il été examiné ? Quels mensonges a-t-il inventés et quelle attitude a-t-il prise devant le médecin ? Je ne sais. Toujours est-il que, pendant un mois, cet homme a été hébergé dans un service hospitalier, tandis que la police le recherchait pour l'arrêter dans Paris et hors Paris. Le mois passé, se croyant sauf, le sujet déclare au médecin que ses troubles mentaux ont disparu, qu'il est guéri et veut reprendre sa liberté. Non interné, d'ailleurs, il part le jour même et va se loger à Montmartre d'où, sans resources, il écrit*

de nouveau au service qu'il conserve quelques malaises et réclame des soins à domicile. Un médecin visiteur est envoyé à l'adresse indiquée dans la lettre. « Déménagé depuis hier », lui répond-on à l'hôtel où il se présente. Successivement à trois adresses, en trois quartiers différents de Paris, la réponse est la même et le médecin visiteur consciencieux, à la fin de sa journée, retrouve l'homme, à la Prison de la Santé, où il venait d'être conduit par la police qui l'avait enfin retrouvé et arrêté après l'avoir cherché vainement, depuis plus d'un mois.»

Et les étrangers ? N'est-il pas scandaleux que nous hospitalisions actuellement dans nos services les déchets sociaux des autres pays. Souvent, ainsi qu'une famille me l'a avoué, ils étaient malades depuis longtemps quand ils ont passé la frontière et trop fréquemment, c'est parce qu'ils étaient aliénés qu'on les a envoyés se faire soigner chez nous, à cause de notre réputation d'hospitalité généreuse. Tel, ce malade, actuellement interné dans mon service, arrivé de Tchéco-Slovaquie à Limoges, soi-disant pour travailler et dont la municipalité de Limoges s'est immédiatement débarrassée, pour l'envoyer se faire arrêter à Paris. Si encore nous étions sûrs, qu'après guérison, ils deviendront des travailleurs utiles à la nation, mais peut-on espérer que, transplantés, ne parlant pas notre langue, souvent alcooliques ou toxicomanes, ou expulsés de leur pays pour leurs tendances révolutionnaires et antisociales, ils auront, en France, une conduite correcte et une attitude normale ? Lorsqu'ils n'ont pas été arrêtés dans la rue, à la suite d'un scandale ou d'un délit, ils se sont fait hospitaliser,

grâce à une générosité trop accueillante, et ils restent pendant des mois et parfois des années, à la charge de notre budget. Tout cela, parce qu'ils se sont présentés à une consultation hospitalière avec une attitude bizarre et des propos qu'il est d'autant plus difficile de contrôler, qu'ils ne parlent pas notre langue.

Ainsi donc, de même que le législateur a médité sagement les conditions d'internement des individus qui paraissent insensés, après une enquête serrée et des certificats médicaux engageant l'autorité, la conscience et la responsabilité des médecins qui les signent, de même les prescriptions légales qui concernent la sortie des aliénés des asiles, impliquent une connaissance approfondie du malade et du milieu dans lequel il est rejeté, à sa sortie de l'établissement. Il faut que le médecin signataire d'une mise en liberté soit assuré, dans le cas d'une rechute de la maladie, qu'il a fait tout son devoir, avec science et conscience, et on ne peut rien lui reprocher, s'il a pris, souvent malgré la famille, toutes les garanties et les précautions possibles, dans l'intérêt du malade qui lui a été confié.

Dr A. Rodiet.

LE DÉLIRE INTERROGATIF

Par J. CAPGRAS et Xavier ABÉLY

Sous le nom de Délire de supposition, l'un de nous a décrit, avec M. Sérieux, une variété de Délire d'interprétation, caractérisée par un défaut de conviction et de certitude, un sentiment d'obscurité, de mystère, d'incompréhension, avec perplexité, inquiétude ou même anxiété joint à une attitude interrogative qui engendre des essais multiples d'interprétations, lesquelles n'osent pas s'affirmer, et, tout en s'additionnant, n'arrivent pas à se coordonner. Des observations nouvelles, recueillies ces dernières années, nous permettent de compléter l'étude de cette psychose, que nous appellerons Délire interrogatif, par analogie avec l'Obsession interrogative, et qui nous paraît présenter des caractères un peu spéciaux, liés à la complexité de la constitution génératrice.

Ce syndrome a été remarquablement analysé par Lasègue, en 1881, dans la Mélancolie perplexe. Dès cette époque, Lasègue a noté l'indécision anxieuse « qui ne laisse pas de repos, qui accumule confusément les incertitudes et les angoisses ». Il montre ces malades « condamnés à une perpétuelle oscillation entre le pour et le contre, à des délibérations vagues, constamment renouvelées, à ces élaborations heurtées, contradictoires d'une idée qui, par son point de départ, tient à une donnée positive et qui de là se perd dans d'insaisissables à peu près ». Mais, pour Lasègue, cet état de perplexité qui peut durer plusieurs mois n'est que la première période d'une mélancolie anxieuse, ordinairement curable. Alors qu'en 1852 il avait détaché le Délire de persécution de la Lypémanie d'Esquirol, il n'a pas vu les interprétations hésitantes du persécuté douteur, ni ces délires interrogatifs secondaires et chroniques qui, loin de précéder la

mélancolie anxieuse, lui succèdent après un ou plusieurs accès.

Dans une discussion sur le Délire de négation, au Congrès de Blois, en 1892, Vallon désigne par le terme « Délire d'interrogation » une période de doute qui précèderait celle des idées de négation au cours de la Mélancolie chronique. Le malade demande : « Telle chose, telle personne existe-t-elle ? Est-ce que j'existe moi-même ? », avant de nier formellement l'existence de telle chose, de telle personne et de lui-même.

A la même époque, Séglas, Gilbert Ballet, Arnaud, Régis et Lalanne décrivent sous le nom de persécutés auto-accusateurs, ou de persécutés mélancoliques, des psychoses *mixtes*, « faites à la fois de psychose généralisée et de psychose systématisée ». Ils insistent principalement sur l'association d'idées d'auto-accusation ou d'idées hypocondriaques, avec des idées de persécution. Ils ne signalent pas les cas où, même en l'absence de toute idée mélancolique, le Délire de persécution prend une allure indécise, révélatrice d'un fond d'inquiétude et d'anxiété.

Plus récemment, Arnaud décrit au Congrès de Genève, en 1908, un Délire psychasthénique, sorte de Délire d'énormité mélancolique, caractérisé par l'absurdité manifeste des conceptions, contrastant avec l'activité du raisonnement, et par un défaut de sincérité, particulièrement apparent en dehors des crises, la conviction délirante remplacée alors par l'hésitation et l'incertitude. Arnaud fait observer très justement que « si ces malades présentent les idées d'auto-accusation et de suicide des mélancoliques, ils n'en ont pas l'état général. Leur délire n'a ni la même fixité, ni la même monotonie ; leur activité d'esprit s'oppose à la gêne des opérations mentales du mélancolique... On y retrouve, par contre, cette débauche de raisonnement, ce besoin de pousser toujours plus loin une idée ou une appréhension angoissante, cette *manie de logique*, commune à tous les psychasthéniques. »

Cette intéressante conception, développée en 1914 dans une thèse de la Faculté de Bordeaux sur la Psychasthénie et ses associations délirantes, par Dupytout, élève d'Arnaud, servait surtout, dans l'esprit

des auteurs, à montrer certaines modalités de combinaison entre la psychasthénie et les psychopathies. Il semble, à ce point de vue, que les exemples choisis ne soient pas les plus fréquents, ni les plus probants : ces délires d'énormité, absurdes dans la faute et dans le châtiment, relèvent souvent de la mélancolie anxieuse chronique. Nous pourrions citer telle anxieuse qui, depuis des années, crie sans cesse : « Mettez-moi en prison : j'ai mangé les rois et les reines, j'ai mangé tout le monde », telle autre à qui l'on fait subir des tortures fantastiques, des murs s'écroulent sur elle, des centaines d'hommes écrasent son corps, des tramways remplissent sa bouche. Ces malades emploient un langage symbolique pour exprimer des souffrances ou des inhibitions qu'elles ne comprennent pas, mais on ne découvre pas en elles trace de ces hésitations, de ces suppositions incertaines qui caractérisent le Délire d'interrogation.

Ce dernier, au contraire, est essentiellement formé par des interprétations qui sortent peu du vraisemblable et qui néanmoins n'atteignent pas la certitude. C'est un assemblage de doutes délirants, suivant l'expression de Tanzi. Ces doutes délirants qui font apparaître un fait incroyable comme simplement possible alors que la conviction délirante le fait apparaître comme certain, ne sont pas pathognomoniques de la mélancolie, contrairement à l'opinion de Tanzi ; ils caractérisent la Paranoïa lorsque le substratum constitutionnel contient, à côté des éléments fondamentaux, des éléments psychasthéniques. L'une des constitutions ne se développe pas en effet au détriment de l'autre, mais lui emprunte au contraire ses attributs. Un esprit faux et paradoxal, orgueilleux et méfiant peut être en même temps indécis, craintif, inquiet. Et l'on pense aussitôt à Jean-Jacques Rousseau. Nul mieux que lui ne saurait illustrer et préparer la description du délire d'interrogation, « cet œuvre de ténèbres dans lequel il s'est trouvé enseveli » jusqu'à sa mort.

Jean-Jacques Rousseau se plaint dans toute sa correspondance « de manœuvres souterraines », de complots conduits avec « tant d'art et de mystère », « de persécutions

d'antant plus cruelles qu'elle sont plus cachées ; du secret, qui par le plus étonnant prodige n'en est un que pour lui dans l'Enrope entière », du « mystère abominable ». Enlacé de trames horribles dont il sent l'effet sans parvenir à les démêler, enfoncé tont vivant dans un cercueil, après mille efforts inutiles pour expliquer ce qui lni arrive dans toutes les suppositions, il ne pent percer le sombre voile du complot inonï dont il est enveloppé. Livré à la haine pnblique sans ponvoir en conjecturer au moins la cause, environné des plus noires ténèbres à travers lesquelles il n'aperçoit que de sinistres objets, il découvre dans le langage de ses connaissances un ton bizarre, des tournures singulières, une affectation de réserve, d'équivoque et d'obscurité ; il entend rebattre à ses oreilles des propos mystérieux ; le labyrinthe obscur du cœur des hommes lui devient impénétrable ; sa tête s'affecte de tant d'effrayants mystères dont on s'efforce d'augmenter l'horreur par l'obscurité. Il écrit en 1770 : « Quoique ma pénétration, naturellement très mousse, mais aiguisée, à force de s'exercer dans les ténèbres, me fasse deviner assez juste des multitudes de choses qu'on s'applique à me cacher, ce noir mystère est encore enveloppé pour moi d'un voile impénétrable. J'ai vu Grimm et Diderot commencer, il y a plus de dix-huit ans, des menées auxquelles je ne comprenais rien, mais que je voyais certainement couvrir quelque mystère dont je ne m'inquiétais pas beaucoup. A quoi ont abouti ces menées ? Autre énigme non moins obscure... Cette sourde trame, d'année en année, étendit doucement ses menées. Peu à peu tout changeait autour de moi. Je m'aperçus qu'on cherchait à m'ôter la connaissance de tout ce qui se passait... On m'ôtait tous les moyens de rien savoir, et de ce qui me regarde, et de ce qui ne me regarde pas ; les nouvelles publiques les plus indifférentes, les gazettes même me seront interdites ; on ne laissera courir mes lettres et mes paquets que pour ceux qui me trahissent, on coupera ma correspondance avec tout autre ; la réponse universelle à toutes mes questions sera toujours qu'on ne sait pas ; tout se taira dans toute assemblée à mon arrivée ; les femmes n'auront plus de langue, les barbares seront discrets et silencieux ; je vivrai dans le sein de la nation la plus loquace comme chez un peuple de muets. »

En 1772 il écrit encore : « Il est des situations auxquelles il n'est pas permis à un honnête homme d'être préparé, et celle où je me trouve depuis dix ans est la plus inconcevable et la plus étrange dont on puisse avoir l'idée. J'en

ai senti l'horreur sans en pouvoir percer les ténèbres. J'ai provoqué les imposteurs et les traîtres par tous les moyens ; tout a été inutile ; ils ont fait le plongeon et, continuant leurs manœuvres souterraines, ils se sont cachés de moi avec le plus grand soin ; ...ils ont rendu le public entier complice de leurs trames et de leur fausseté... Avec un succès qui tient du prodige, on m'a ôté toute connaissance des complots dont je suis la victime... J'ai cherché quelqu'un qui eût assez de droiture et de justice pour m'éclairer sur ma situation, ou pour se refuser au moins aux intrigues des fourbes ; j'ai porté partout ma lanterne inutilement ; je n'ai point trouvé d'homme ; ni d'âme humaine. »

De ces citations de Jean-Jacques Rousseau, nous rapprocherons l'observation d'un persécuté qui emploie des expressions analogues et qui, entouré d'un cercle d'incertitude, ne voit autour de lui que comédie, obscurité, conspiration du silence.

M. R., 36 ans, pâtissier, ne « savait trop ce qui se passait autour de lui depuis deux ans ; il ressentait une « amertume profonde ». L'émotion d'un projet de mariage rompu déclancha le délire. On l'accuse, dit-il, d'avoir fait une déclaration fausse de sa fortune ; « on fait courir des bruits fâcheux sur sa moralité ; on suspecte ses opinons politiques ». Des policiers sont à ses trousses ; il a beau les dépister, il les retrouve toujours. Rentre-t-il dans un restaurant, les gens ont l'air gêné, les conversations cessent ; un jour, une femme lui lance une œillade ; il reconnaît en elle la femme d'un agent de police. Sur quoi sont établies ces calomnies ? quels sont les gens attachés à sa perte ? il l'ignore. Il soupçonne d'abord quelques amis ; puis, dans un moment d'expansion, il leur raconte ses craintes et leur demande pardon en pleurant. Il écrit un volume de cahiers pour recueillir des faits, pour apporter quelque clarté dans cette histoire si complexe ; il l'intitule « Ces misérables ! » et en sous-titre « Mes recherches ». Il voit autour de lui des gens « aux gestes incertains », « au regard sombre et froid ». Pour cacher ses opinions politiques, il achète au même kiosque deux journaux de nuance opposée ; mais bientôt la marchande ne lui en livre qu'un, prétextant que l'autre n'est pas encore arrivé. N'est-elle pas payée pour le rendre suspect ? Il cherche tout d'abord à débrouiller lui-même les fils de l'énigme. Mais bientôt, se sentant impuissant, il se résout à interroger. Il s'aperçoit alors que

c'est autour de lui la conspiration du silence. « On ne laisse rien échapper devant moi ; tout le monde prend un air étonné, se regarde et ne répond pas. Ils agissent envers moi comme de vrais muets... Une simple parole aurait pu m'aider peut-être à m'orienter un peu ; mais rien... » En revanche, il entend des mots suspects qui cessent à son approche. « Il a besoin de prendre garde ; on le surveille. » Il parle de la « comédie, de la parodie » qui se joue autour de lui. Afin « de l'afficher parmi les gens suspects, on embouteille de plus en plus son affaire ».

« Je ne peux pas vous dire grand'chose de cette affaire, nous écrit-il ; j'en suis presque aussi ignorant que vous. Il y a des dit-on ; mais je ne puis affirmer d'une façon sûre. J'ai fouillé le pourquoi des choses et cela m'a à peine éclairé. Je suis découragé. Mon ignorance de ces manœuvres me conduit à ma perte. Il ne faudrait pas pourtant que j'aie l'air moi-même hésitant ; parce que ma douleur me condamne... Je ne puis vous parler qu'avec une certaine retenue ; c'est une affaire que je ne connaissais pas moi-même, et cependant elle était populaire. Tout le monde se refusait à m'en parler. J'étais seul à me guider dans ce mystère... Voyant que je ne pouvais pas obtenir de réponse en parlant, j'ai pris la plume, et ce fut ma véritable perte : C'est alors à moi qu'on posa toutes sortes de questions. » Il écrivit en effet, pour exposer son histoire, au commissaire de police, qui le convoqua. Le commissaire comprit bientôt à qui il avait affaire et lui dit pour le rassurer : « Je vous considère comme innocent ; je vais d'ailleurs brûler tout ce qui vous concerne. » Cette dernière phrase ne fit que surexciter les craintes du malade, qui fut interné quelques jours après. A l'asile, ce sont les mêmes plaintes, les mêmes appels à l'aide. Il parle « de la nuit, de l'obscurité qui l'environne ». Il envie ceux « qui vivent sans être tourmentés ». Il appelle la mort. « De cette triste vie, ô mon Dieu, sortez-moi. » « Je cherche la vérité, je n'en trouve que des traces. De grâce, Monsieur, je vous conjure, faites-moi le plaisir de me renseigner. Rendez-moi cette vie paisible et cette sûreté que j'avais autrefois. Je voudrais trouver cette belle lumière pour m'éclairer un peu, me guider, pour pouvoir briser le cercle d'incertitude qui m'enserre. Votre assurance électriserait mon être, aidez-moi à me reconnaître. »

Notons ces dernières phrases : elles ressemblent tellement à celle du douteur obsédé qui réclame surtout une affirmation énergique, catégorique pour calmer son

anxiété ! Tous les deux, au fond, le délirant comme l'obsédé, veulent être tonifiés, plus qu'éclairés, car ce peut être de leur aboulie que naît l'incertitude et le mystère.

Cette impression de mystère, signalée par Revault d'Allones dans plusieurs psychoses, est le signe fondamental du délire interrogatif. Contrairement aux autres formes du délire d'interprétation où règne en général la clarté de l'évidence, ce ne sont ici que ténèbres.

« Je vis dans l'illogisme et dans la perplexité, écrit une de nos malades. Je bataille dans l'irréel, je passe mes nuits à chercher la clef du mystère. C'est une sarabande dans ma tête, un tourbillon dans ma pensée; on dirait un kaléïdoscope. Çà tourne et je n'arrive à rien. Je suis comme une personne qui n'aurait pas sa vie réelle. Il me semble que tout ce que je pense se réfléchit dans tout ce qui se passe. Tout ce qui se passe ici n'est pas naturel. C'est singulier. Je me demande si je suis dans la vie vraie. »

Le sentiment d'étrangeté du délire interrogatif n'est point la manifestation d'un état confusionnel. Ces interprétateurs sont au contraire très lucides, très présents, très attentifs aux moindres détails. C'est même souvent leur hyperattention, fille de leur inquiétude soupçonneuse, accompagnée d'associations d'idées automatiques, de réminiscences spontanées, qui les trouble et les empêche d'y voir clair.

Une déséquilibrée héréditaire de 39 ans nous explique par des exemples précis ce qu'elle éprouve. « Je m'interroge à propos de tout ce que je vois, et tout ce que je vois me semble étrange, tout ce que je vois me rappelle des souvenirs. On dirait que tout est fait pour me frapper, et ce n'est pourtant pas vrai. Je trouve tout extraordinaire et tout est naturel. Cela me poursuit depuis trois ans. C'est comme si j'avais des ennemis autour de moi. On dirait qu'on cherche à me faire du mal. Je finis par ne plus pouvoir voir personne. Je ne peux pas voir des roses, ça me rend malade, parce qu'après mon divorce j'avais dit que je serais heureuse et que je marcherais sur un lit de roses. Ensuite partout où j'allais je voyais des roses ; encore ici une jeune femme avait un peignoir avec des roses ; une infirmière avait des roses sur son chapeau. Tout cela

m'énerve, me rend folle. Tont ce que je vois en double ou plnsieurs fois m'horripile et me rappelle des choses que j'ai vues depnis trois ans. Quantité de gestes me rappellent cenx que j'ai faits. Je tronve drôle qu'une personne ait une boîte de cacao comme moi. Ponrquoi ? Une infirmière passe avec un bidon de pétrole : je me rappelle qu'il y a un an j'allais chercher du pétrole. Qu'est-ce que ça pent faire ? Un jour, le Docteur s'est trompé de clef ponr onvrir la porte, cela me rappelle nn tas d'histoires de clefs qui me sont arrivées. Pourquoi toutes ces ressemblances ? Une prise d'eau en forme de canne me rappelle la canne d'un Monsienr qui m'avait donné rendez-vous au métro avec la canne pour signalement. Un jour, chez moi, le bec-de-canne de la porte me reste dans la main ; au même moment on m'apporte une carte postale représentant la place de l'Opéra ; or c'est avenue de l'Opéra que j'allais chercher les lettres de ce Monsieur. C'est affolant. Des cheveux blancs me rappellent ceux de ma belle-mère. On cherche des clefs. Ma belle-mère avait toujours perdu ses clefs. Mes enfants m'écrivent des lettres auxquelles je ne comprends rien ; leur écriture m'en rappelle une autre que j'ai vue je ne sais où. Les journaux parlent de moi. C'est fantastique. »

Parfois chez certains esprits scrupuleux et dogmatiques, ce n'est point le doute, l'indécision, à proprement parler, qui s'ajoutent à la multiplicité des associations d'idées pour engendrer le délire interrogatif. C'est plutôt un besoin de clarté, un souci de précision, de minutie jamais satisfaites. Après une période d'inquiétude, d'interprétations, d'incompréhension, survient subitement une idée directrice définitivement acceptée comme évidente, mais dont le développement reste incertain et se manifeste exclusivement par de nombreuses recherches infructueuses. Du postulat primordial se déduisent alors toute une série de questions destinées à le corroborer, mais qui restent sans réponse. Ce délire de suppositions explicatives, la malade de l'observation qui suit l'a présenté à un degré exceptionnel : la découverte du phénomène de captation de la pensée l'a entraînée dans une sorte de psycho-physique interrogative et de problèmes embarrassants dont la solution impossible est son unique préoccupation et la plonge dans une demi-stupeur.

Mme C. Berthe, 51 ans, est une fille naturelle, sa mère ayant refusé d'épouser celui à qui elle s'était donnée librement parce qu'elle avait cessé de l'estimer. Intelligence vive, caractère ferme et scrupuleux, institutrice remarquable, elle devint la collaboratrice d'un musicien qu'elle épousa au bout de 15 ans. Le mari et la femme ont des mœurs rigides, des opinions arrêtées, une conduite irréprochable ; libres penseurs sans affectation, ils mettent toujonrs lenr conduite strictement en accord avec leurs principes. Désireux d'avoir des enfants, mais craignant qu'ils héritent de la surdité de la mère, ils ont maîtrisé leur désir et s'abstiennent de tout rapprochement sexuel. A ce sentiment très élevé du devoir et à ces tendances scrupuleuses s'ajoute chez Mme B. un degré notable de méfiance : elle a toujours aimé la solitude et craint les regards d'autrui : dès que la nuit tombe elle a soin de fermer hermétiquement volets et rideaux, malgré les plaisanteries de son mari. Après une aménorrhée de quatre mois, elle eut dans les premiers jours de mars 1923 une ménorrhagie assez abondante. Le 18 mars elle déclare à son mari d'un air soucieux : « Depuis quinze jours, je comprenais bien des choses, c'était vague et je n'en ai rien dit, mais aujourd'hui je veux tout te dire, car tout est clair. Beaucoup de personnes veulent te perdre, nous séparer et détruire notre affection. Dans notre maison l'on nous méprise et l'on nous considère comme ayant de mauvaises mœurs. On a placé une affiche juste sous nos fenêtres. » En effet, il y avait sur le mur en face une affiche de théâtre, *La Ceinture de chasteté*, où elle découvrait des allusions à sa vie intime. Malgré les arguments de son mari, elle affirme que cette affiche a été placée là par mépris pour eux. D'autres affiches la préoccupent d'ailleurs, notamment celle des Deux-Anes. En outre, la lecture des journaux éveille son attention et ses tendances interprétatives. Elle croit que ses deux journaux préférés la défendent et lui donnent des conseils. Les dessins humoristiques la portent à chercher des assimilations : caricatures de son mari ou d'elle-même. On veut les rendre ridicules. Le feuilletoniste du journal la représente dans un personnage et son mari dans l'autre. Elle remarque enfin un changement dans l'attitude de l'entourage à son égard : sourires ironiques, regards moqueurs ou, au contraire, amabilité excessive. Elle ne se sent plus à l'aise avec ces personnes ; il y a quelque chose dans l'air qui lui paraît de mauvais augure. — Peu à peu son inquiétude augmente ; elle a l'impression qu'on va les arrêter, elle et

son mari : « Il y a des trous au plafond, on nous écoute, parle très bas », lui dit-elle. Dans la nuit du 21 mars, elle est plus anxieuse et, le matin, elle se sectionne la peau du cou avec un canif.

Internée, elle se montre inquiète, défiante, scrupuleuse, ne parlant qu'après mûre réflexion : « Je ne me permets pas une assertion, dit-elle, dont je pourrais me dire demain que je me suis trompée. » Très attentive quand on lui parle, elle déclare cependant ne rien comprendre. Elle découvre partout des allégories. « J'entends, dit-elle, des mots de ci, de là, et j'essaie de les mettre ensemble ; peut-être je me trompe. J'essaie toujours de trouver les rapports qu'il y a entre les choses et je ne trouve que mystifications. » Elle découvre des mots équivoques et fabrique des « filiations de mots » singulières. Lisant un article sur la captation des ondes, elle imagine aussitôt une captation possible de la pensée et se livre dès lors à des interrogations continuelles, orales ou écrites, sur ce sujet.

« Les personnes de mon entourage, écrit-elle, sont instantanément au courant de mes pensées. Ceci se fait-il par l'hypnose, par rayons X ou radium, ou par les deux combinés ? La reproduction de deux pensées simultanées peut-elle être notée et comment ? Y a-t-il possibilité de reproduire les choses que je vois et celles que je vois dans mon sommeil ? Quand les yeux voient une chose et que la pensée reproduit imparfaitement ou mal la chose vue, quelle en est la reproduction ? Sont-ce les yeux ou la pensée qui reproduisent l'image ? Dans quelle mesure la vérité l'emporte-t-elle sur une erreur ?

« Est-ce que la voix pensée, transmise en éveil ou dans le sommeil garde l'accent, c'est-à-dire la caractéristique de la personne ?

« Pouvez-vous mesurer et indiquer les variations de chaleur que la lecture simple (donc plutôt machinale) et la pensée individuelle, réfléchie, produisent dans le cerveau ?

« Y a-t-il dans l'annotation des différentes voix (celles parlant à haute voix et celles qui pensent seulement) une différence perceptible aux yeux de ceux qui lisent l'annotation sur les récepteurs ?

« Peut-on conclure d'après la reproduction de la pensée sur l'âge de la personne que l'on observe (approximativement, naturellement) ? Comment la musique pensée, sans être chantée à haute voix se reproduit-elle sur le récepteur ? Une personne n'ayant pas l'ouïe juste, mais ayant en mémoire des notes justes ; comment ces divergences s'inscrivent-elles ?

« Il m'intéresserait de savoir si toutes les personnes peuvent être soumises à ces influences ou s'il y a moyen de s'y dérober. Et par quels moyens ? Arrive-t-on à pouvoir faire marcher les personnes à sa volonté, ou y a-t-il des résistances impossibles à prévoir et à surmonter ?

« Suffit-il d'avoir vu un fait arrivé dans la vie, pour qu'il puisse se transmettre en photographie ?

« Y a-t-il différence dans l'enregistrement de l'activité du cerveau pendant le sommeil entre les images que le cerveau compose naturellement (produit de réflexions sur les choses vues ou pensées pendant les jours précédents ou réflexions abstraites des événements d'autrefois) et l'insufflation de rêves combinés faits par d'autres ?

« Quelles observations peut-on tirer de l'application des nouveaux procédés sur les premières fonctions du cerveau des enfants ?

« Et au moment de la mort, que peut-on constater ?

« Comment peut-on mesurer et enregistrer le rendement de l'action ? Comment les réponses peuvent-elles venir de tous les côtés ? L'hypnose me paraît s'exercer sur moi par plusieurs personnes. En est-il ainsi ? Comment l'hypnotiseur peut-il recevoir des ondes et émettre en même temps des ondes nouvelles, absolument indépendantes de celles qu'il vient de recevoir ? Par quels moyens obtient-il la direction d'une entreprise nouvelle ? Ne doit-il pas s'attendre à subir d'un jour à l'autre des impulsions directrices plus fortes que les siennes ? »

Ce délire interrogatif sur le même sujet dura six mois environ. Complètement absorbée dans ses recherches, observant son entourage, la malade finit par se renfermer dans un mutisme obstiné parce qu'on n'arrivait pas à lui donner des explications complètes ou que l'on se contredisait. Son mari la fit sortir au cours d'une amélioration. Une lettre qu'elle écrivit quelques mois après la montre moins délirante, mais avec les mêmes dispositions paranoïaques, demandant toujours des réponses précises au questionnaire numéroté qu'elle nous adresse.

En certain cas c'est la dysmnésie ou un certain effacement des images mentales qui provoquent le doute et l'inferrogation.

Une persécutée mélancolique de 48 ans, après avoir été obsédée par des doutes sur de menus faits de sa vie passée, se demande si elle est bien mariée : « Pourquoi, dit-elle, est-ce que je ne me souviens plus de la

cérémonie à la mairie et à l'église ? Il me semble avoir entendu dire que le jour de mon mariage il y avait un enterrement, on ne se marie pas à l'église un pareil jour. » Plus tard elle se demande si l'on n'aurait pas célébré deux mariages à la fois ; elle aurait pu confondre d'autant mieux qu'elle connaissait à peine son fiancé ; n'y aurait-il pas un homme qui se fait passer pour son mari et qui la poursuit ? Un jour en effet elle a croisé par hasard son mari au bois de Boulogne ; surpris tous deux de cette rencontre imprévue, ils causent un instant puis se séparent. Elle se demande maintenant si cet homme était bien son mari. N'a-t-elle pas pu le tromper en le confondant avec un homme qui lui ressemblait ? Des suppositions analogues la poussent à se demander si ses enfants n'ont pas été changés en nourrice.

Le sentiment de mystère et d'étrangeté et son corrôlaire, le besoin de précision et de clarté, s'étendent parfois aux faits d'actualité publiés par les journaux et qui impressionnent le public. Voici l'observation d'une persécutée qui a failli se prendre pour une victime de Landru.

Mme Ch..., 56 ans, pas de tares connues dans son ascendance mais deux enfants aliénés, dont l'un mort à Villejuif. Intelligente, active, mais susceptible et irritable. Six mois après la mort de son fils, son caractère ombrageux s'aggrava ; elle devint inquiète et manifesta quelques idées de persécution ; on la suit dans la rue, tout le monde la regarde, on a l'air étonné sur son passage. Grande lectrice de journaux, elle croit comprendre que certains articles, certaines illustrations sont faits tout exprès pour elle. En même temps la presse donne tous les jours des détails sur l'affaire Landru ; elle en est très préoccupée et se demande s'il n'y a pas là quelque obscure manœuvre à son endroit. Elle trouve une ressemblance entre Landru et un de ses cousins, espagnol. Ce cousin a passé plusieurs mois chez elle ; il est parti, puis revenu sans raison. Pourquoi ce va-et-vient ? Ce cousin ne serait-il pas Landru lui-même, et ne la prendrait-on pas dès lors pour une femme à Landru ? Elle suit attentivement le procès et n'y comprend rien : « Tout ce que je lisais, dit-elle, m'impressionnait ; s'agissait-il de moi ? Toutes les images d'*Excelsior* me parais-

saient incompréhensibles. On y parlait des yeux de Landru ! pourquoi ses yeux ? Qu'est-ce que cela voulait dire ? »

Pour se distraire et s'éloigner de cette étrange comédie elle va chez ses parents à Barcelone, mais là elle se demande si elle n'est pas suggestionnée, car les journaux continuent à s'occuper d'elle. Ainsi, dans une famille espagnole, il est question d'un lit en pitchpin ; elle en est très vexée, car elle possède un lit en pitchpin ; qu'est-ce que cela signifie ? « Je n'y comprends trop rien, ajoute-t-elle ; cela fait un méli-mélo dans ma tête. Est-ce une plaisanterie ? Est-ce pour me faire peur ? Ce sont peut-être des camarades qui s'amusent à mes dépens. » Rentrée à Paris, son inquiétude et ses soupçons reprennent de plus belle. Un jour elle croise un prêtre dans la rue ; qu'est-ce que cela veut dire ? Elle pense en même temps à une petite croix perdue par sa fille autrefois, pourquoi cette pensée ? Ce prêtre ressemblait à un cousin qu'elle n'a pas vu depuis longtemps et qui est en Amérique. Pendant plusieurs jours elle pense à ce prêtre, et cela lui rappelle aussi une image religieuse que son père lui donna en ajoutant : « Garde-la ; elle te sauvera. » Peut-être la rencontre du prêtre signifiait-elle que quelqu'un de sa famille est en danger et qu'elle pourrait le sauver. Actuellement encore, elle s'interroge sur tous ces sujets : sur l'affaire Landru, le prêtre, son cousin, son fils ; tout se mêle dans son esprit ; elle n'en parle qu'à demi-mots, par crainte de se tromper. Récemment, elle a cru reconnaître une personne et elle a pensé à son fils défunt : « Ça ne s'arrange pas, dit-elle ; ça continue. Je ne suis au courant de rien. Tout à l'heure plusieurs jeunes filles m'ont entraînée. Voulaient-elles jouer à la noce, me prenaient-elles pour la mariée ? Tout ça me fait dire sans doute beaucoup de bêtises. » Elle n'a pas cependant de crises d'anxiété et elle travaille régulièrement.

D'ordinaire ce sont plutôt les menus incidents de chaque jour, des plus futiles, les plus insignifiants qui éveillent l'attention toujours expectante de ces sujets, suscitent des soupçons et des interprétations. « J'ai beau demander des explications, dit une persécutée mélancolique, on ne m'en donne pas. Et tant de choses pourtant en mériteraient. Pourquoi voit-on tant de corbeaux ici ? Pourquoi m'a-t-on parlé de topinambours ? Pourquoi a-t-on tué un lapin ? Pourquoi m'a-t-on complimenté sur ma coiffure ? Pourquoi Madame

a-t-elle changé de peigne ? Je prends tout pour moi. Je me dis : « Pourquoi tout ça ? » Qu'est-ce qui se passe ? et je n'arrive à rien ? On ne me laisse plus travailler, on m'enlève les balais, on m'enferme à clef ; pourquoi ? »

Cette série d'interrogations, ce besoin perpétuel de tout interpréter reste sans résultat positif. Le malade n'arrive à rien selon sa propre expression. Il est dominé par l'incertitude. Cette incertitude détermine un manque de conviction qu'il ne faut pas assimiler, comme l'a fait Arnaud pour ses malades, à un défaut de sincérité. Ces interrogateurs sont tout à fait sincères, mais, contrairement à la plupart des paranoïaques, ils n'osent pas affirmer ; ils se résignent au doute; ils comprennent même parfois l'absurdité de leurs craintes. « Tout ça leur fait dire beaucoup de bêtises », avouent-ils spontanément.

Quelquefois cependant ils expriment une opinion précise ; ils trouvent une explication ; mais leur oppose-t-on un argument, ils ne le rétorquent point ; la contradiction les trouble, sans cependant les convaincre. Leur fait-on saisir l'inanité d'un soupçon, ils en conviennent, ils en rient même, mais pour exprimer, aussitôt après, un autre soupçon analogue. Ont-ils réussi un jour à trouver la clef d'une énigme, il n'est pas rare que quelques jours après ils reconnaissent leur erreur. Bien différents encore sur ce point des interprétateurs habituels, ils reviennent sur leurs jugements passés et les rectifient, les attribuent à un aveuglement passager.

Jean-Jacques Rousseau nous fournit encore un exemple intéressant de cette conscience partielle du délire et de sa rectification. « J'ai noté, écrit-il, des moments de délire inconcevable, où je n'étais plus moi-même. » Et il cite la prévention que lui causa un retard dans l'impression de l'*Emile* ; il l'attribua aussitôt à un complot de Jésuites tramé contre lui.

« A l'instant, écrit-il, mon imagination part comme un éclair et me dévoile tout le mystère d'iniquité : j'en vois la marche aussi clairement et aussi sûrement que si elle m'eût été révélée... Il est étonnant quelle foule de faits et

de circonstances vient dans mon esprit se calquer sur cette folie, et lui donner un air de vraisemblance, que dis-je ? et m'y montrer l'évidence et la démonstration... Je ne voyais partout que les Jésuites, sans songer qu'à la veille d'être anéantis, et tout occupés de leur propre défense, ils avaient autre chose à faire que d'aller tracasser sur l'impression d'un livre où il ne s'agissait pas d'eux. »

Cette incertitude perpétuelle, ces illuminations fugitives et ces retours de ténèbres, s'associent à des raisonnements subtils, à des déductions habiles, à une manie de logique, selon l'expression d'Arnaud, qui se retrouve ici comme dans les autres variétés de délire d'interprétation. Cependant les syllogismes de ces malades restent incomplets et fragiles, ils ne dépassent pas les prémisses ; la conclusion semble laissée à la perspicacité de l'auditeur ; celui-ci la déduit-il, elle peut être acceptée momentanément, mais sous bénéfice d'inventaire et, en général, elle ne dissipe pas les ombres. L'hétéro-suggestion ne réussit pas à vaincre l'hésitation ; à peine réussit-elle à interrompre un instant la lutte entre deux éléments contraires : un soupçon qui voudrait se fixer, un doute qui ne peut se détruire.

Les interprétations délirantes se montrent donc dans cette psychose interrogative avec des caractères très particuliers. Le plus souvent elles sont inexprimées et semblent traduire tout au plus un certain étonnement. Pourquoi y a-t-il ici tant de corbeaux ? dit par exemple la malade ; elle en est surprise, mais elle n'en sait pas davantage. Cependant elle suppose ou plutôt elle est sûre, encore qu'elle n'ose le certifier, que cette nuée de corbeaux n'est pas là par hasard, qu'elle y est à cause d'elle. L'interprétation interrogative reste égocentrique, comme toutes les interprétations délirantes : elle ne découvre pas, mais elle soupçonne une signification personnelle dans tout événement fortuit. Son rayonnement n'est point centrifuge, comme dans la mélancolie, mais centripète comme dans le délire de persécution.

Au fond de cet étonnement, de ces recherches négatives, de cette inquiétude, il y a bien, dans le subcons-

cient, une idée délirante, mais qui ne réussit pas à franchir le seuil au moment voulu, qui reste refoulée et ne s'extériorise que sous cette forme décevante. Questionne-t-on la malade, on n'obtient aucune réponse précise. Elle n'y comprend rien répète-t-elle. Reprenons sa phrase : « Pourquoi y a-t-il tant de corbeaux ? » Elle ne le sait pas, elle ne le dira pas spontanément, comme si une inhibition gênait l'expression de ses associations d'idées, pourtant si nombreuses. Mais écoutons-la un autre jour : on voit encore des corbeaux et cette fois elle s'écrie : Y aurait-il là un cadavre ? C'est tout ; elle ne va pas plus loin cette fois encore. Mais plus tard elle demande : m'accuse-t-on d'avoir tué quelqu'un pour me garder ? On devine alors d'où vient la réflexion à propos des corbeaux, mais la malade elle-même n'établit aucun lien entre les diverses idées, ne saisit pas leur coordination automatique, et reste incrédule devant la révélation par autrui de ce raisonnement secret.

Un second mode d'interprétation assez fréquent se traduit par ce syllogisme conditionnel : Serait-il vrai que ? ne serait-ce pas telle chose ? Et presque toujours encore cette seule conclusion : on cache quelque chose — quel est ce mystère ?

Enfin, parfois, le délire semble prendre corps davantage, le jugement s'éclaire, les interprétations apparaissent décisives, elles se groupent en un petit système qui satisfait les recherches du patient et brusquement un jour tout cela s'effondre, il n'en reste que le soupçon d'avoir été induit en erreur par quelque trame ignorée ; l'inquiétude reprend de plus belle sur de nouveaux indices : tout est à recommencer.

Le langage de ces interprétateurs est très caractéristique par sa forme dubitative et interrogative : « Pourquoi ? Qu'est-ce qui se passe ? Sans doute. Peut-être. J'ignore, je crains, je tremble, je me creuse la tête, je ne sais pas, je n'y comprends rien » disent-ils : Ils parlent d'énigmes, d'embrouillamini, de truquage, de mêli-mêlo, de ténèbres, de comédie, de mystère. « De quoi m'accuse-t-on, dit l'un, que me veut-on, que cette comédie finisse, on me fait tourner en bourrique. »

« Quel est donc ce secret, dit un autre, qu'on s'explique, je n'y comprends rien, sinon que tout cela cache quelque chose. Je fais un tas de suppositions, toutes les hypothèses possibles et imaginables. J'en ai assez de tous ces bateaux, de toutes ces histoires. C'est affolant. »

Tout leur apparaît singulier, bizarre, étonnant, obscur, mystérieux. On les regarde d'une drôle de façon ; on leur pose de drôles de questions ; il leur arrive de drôles de choses : « J'ai beau demander des explications, disent-ils, on ne m'en donne pas. Je cherche le pourquoi d'un tas de choses dont je n'avais pas idée autrefois. Je me dis : Pourquoi tout çà ? Qu'est-ce qui se passe ? et je n'arrive à rien, çà me dégoûte de ne rien savoir ? »

Les interroge-t-on, ils cherchent à préciser mille détails, ils citent des noms, des dates, des incidents futiles, ils rappellent des souvenirs, rapportent des conversations, racontent leur vie pour éviter tout malentendu, craignant souvent qu'on ne les comprenne pas, de même qu'ils ne comprennent rien. Une femme imagine une série de symboles grâce auxquels elle espère trouver la clef de l'énigme qui l'oppresse depuis quatre ans ; elle ne réussit qu'à compliquer son histoire et à grandir son incertitude.

Le sentiment d'étrangeté détermine aussi dans cette psychose, à côté, des recherches infructueuses, un autre ordre de symptômes, moins général que le précédent, mais encore commun ; les fausses reconnaissances et les illusions de mémoire. Les malades découvrent de nombreuses ressemblances, ils croient retrouver des parents ou des amis ; ils affublent de noms d'emprunt les personnes de leur entourage.

Dans d'autres cas, au contraire, ils méconnaissent leurs souvenirs, ils repoussent des visages familiers, ils nient l'existence de tel événement passé, ils refusent de croire à un malheur réel qui les frappe ; une femme, par exemple, ne peut admettre la mort de son mari, malgré le faire-part du décès qu'on lui présente. Chose curieuse, ces fausses reconnaissances et ces méconnaissances n'éveillent aucun doute, mais font

naître le soupçon d'une vaste comédie, et soulèvent des protestations. Quand elles prédominent, elles modifient l'aspect habituel du délire. En voici un exemple :

Mlle M., fille naturelle, sujette à des crises nerveuses dans son enfance, plus tard ombrageuse et irritable, vécut jusqu'à l'âge de 47 ans avec sa mère, qu'elle soigna avec beaucoup de dévouement pendant une longue maladie, se surmenant et s'imposant des privations. Sa mère morte, elle se claustra dans un couvent et présenta des idées de suicide et de culpabilité, se reprochant de n'avoir pas appelé un prêtre au lit de mort de sa mère. Sur ces entrefaites, elle découvrit qu'elle portait un nom qui ne lui appartenait pas et qu'elle n'avait droit, en qualité de fille naturelle, qu'au nom de sa mère. Cette découverte l'affligea. Survint la ménopause. Elle se sentit alors devenir bizarre. Son caractère se modifia. Une foule de choses lui parurent suspectes et l'irritèrent au point qu'elle se mettait en colère pour un rien. Pensant toujours à sa mère, elle croit la reconnaître dans son entourage et demande aux religieuses : « Est-ce bien elle ? » Revenant sur sa période de dépression antérieure, elle s'en étonne. « Je n'étais plus du tout comme avant, je n'allais plus à la messe ; je n'osais pas communier. D'où ça provient-il ? » Elle ébauche alors des idées de persécution et d'empoisonnement et, ses colères devenant trop violentes et trop fréquentes, on l'interne en février 1920. A l'asile, pendant près de trois ans, elle se montre constamment persécutée et agressive envers l'entourage. Elle ne voit autour d'elle que des choses extraordinaires : parmi les autres malades elle croit reconnaître le cardinal Richard, le comte de Mun, des religieuses. Les propos qu'elle entend et qu'elle s'approprie l'étonnent et provoquent souvent de véhémentes protestations accompagnées d'injures grossières. Elle abhorre surtout les hommes et pour eux devient inabordable. Une seule infirmière a su capter ses bonnes grâces. Dans les rares moments où son irritabilité s'atténue on réussit à découvrir qu'elle se croit victime d'une vaste comédie à laquelle elle ne comprend rien. « Et çà me dégoûte de ne rien savoir », ajoute-t-elle. Elle est décédée le 27 octobre 1922 de tuberculose pulmonaire avec artérite oblitérante des membres inférieurs.

Les formules délirantes employées par ces malades sont assez caractéristiques. Elles se réduisent presque

toujours à des idées de persécution ou plutôt à des idées de préjudice généralement plausibles. On les poursuit, on les vexe, on les taquine, on leur tend des pièges, on les épie, on les espionne, on les traque ; on cherche à les compromettre ; on leur inspire de mauvaises pensées, on les suggestionne ; partout où ils passent, ils surprennent des regards singuliers, des gestes bizarres, des sourires moqueurs, des mots incompréhensibles, des sous-entendus, des allusions blessantes, des phrases sibyllines, des actes extraordinaires, des manœuvres souterraines. Bref, on trame contre eux des complots dont la menace obscure les fait horriblement souffrir et les tient sur un perpétuel qui-vive, mais on ne les fait pas souffrir dans leur chair, ils n'éprouvent aucune persécution physique ; ils ne se plaignent généralement pas de l'électricité ni du magnétisme.

Eprouvent-ils quelque malaise, ils l'amplifient bien vite, car ce sont des hypocondriaques, mais ils ne lui cherchent pas des explications surnaturelles ; tout au plus soupçonnent-ils qu'on a dû les empoisonner. Le plus souvent ils se demandent pourquoi on les tourmente ainsi et de quoi on les accuse. Mais, loin de se prendre pour des coupables, comme les mélancoliques, et d'attendre des châtiments mérités, ils protestent de leur innocence et n'ont pas le moindre désir d'expiation. A vrai dire, entre l'auto-accusation du mélancolique et l'hétéro-accusation du persécuté, il n'y a point une différence essentielle. Le second, du moins celui que nous avons en vue ici, est à la fois un paranoïaque et un scrupuleux. A ce dernier titre, il trouve involontairement dans son passé, mille péccadilles qu'il grossit, mais son caractère paranoïaque les repousse aussitôt et les considère comme autant d'injures imméritées. Une femme qui a toujours refoulé des désirs d'adultère, croit aujourd'hui qu'on l'accuse d'avoir trompé son mari et s'en indigne, ne pouvant comprendre qu'elle extériorise ses secrètes pensées.

Mme S., 46 ans, mère de 2 enfants, toujours scrupuleuse et méfiante, n'a commencé que vers 40 ans à présenter des idées délirantes : sourde hostilité d'abord ; mépris général

incompréhensible ; espionnage. Ces idées délirantes se développent sans jamais aboutir à nne précision et à une systématisation satisfaisante. Elle soupçonne ou même elle ignore la personnalité de ses persécnteurs, lenr bnt, lenrs moyens. Chaque jonr elle remet de longnes lettres dans lesquelles elle demande des explications ; à chaque visite ce sont des interrogations mnltipliées. On a voulu la faire passer pour nne malhonnête femme, « une entretenue ». Pour en arriver là on fait conrir sur son compte les pires calomnies ; on lui attribue peut-être les dévergondages d'une femme qui lui ressemble beaucoup physiquement, qni a les mêmes yeux et la même coiffure qu'elle. Cette campagne est, peut-être, menée par un prêtre qui fait du zèle dans l'espoir de devenir un jour cardinal. Cette haine, qui la poursuit, s'est tournée également contre ses enfants. Tout cela demeure incertain, vague. Elle supplie qu'on lui dise la vérité. « Je demande des explications, dit-elle, à qui pourrait m'en donner ; mais je constate que tout le monde reste bouche close. » On embrouille son histoire « pour lui en faire perdre le fil ». Après chaque visite de ses enfants ce sont des craintes et des questions continuelles. « Ne les avait-on pas attirés dans un guet-apens ? ne les a-t-on pas retenus à l'asile ? ne les a-t-on pas tués ? » « Je vous en prie, docteur, écrit-elle, je sens que je dois vous ennuyer, mais il faut être indulgent. Il s'agit du bonheur de mes enfants. Si j'avais été une misérable, j'expierais volontiers ma peine ; mais, devant Dieu, je vous jure que je n'ai rien fait de mal, n'ayant jamais failli ; quand j'étais avec mon mari, on ne peut pas me trouver un amant ; alors pourquoi répandre ce bruit ? Je n'ai rien fait pour être aussi malheureuse, ayant l'air d'être coupable tout en étant pourtant bien innocente. Oui, je peux dire que mes fils sont de mon mari ; si seulement on m'avait traînée devant les tribunaux, mes fils auraient été reconnus siens de par la loi et la conscience humaine... Je tremble pour mes enfants ; où sont-ils réellement et que leur fait-on ?... Ne les aurait-on pas enterrés, alors qu'ils n'étaient qu'endormis... »

...Une fois, son mari lui a dit : « Tu sauras tout un jour ? » N'aurait-il pas laissé des écrits qu'on aurait découverts ? Une infirmière tient une clef qui ressemble singulièrement à celle de sa maison. Que signifie cela ? « Je suis victime de menées sournoises, déclare-t-elle, contre lesquelles je ne puis me défendre ni défendre mes fils ».

A ces idées de persécution s'associent souvent des tendances ambitieuses ordinairement latentes ou traduites seulement par une certaine affectation dans le costume ou le langage, quelquefois pourtant exprimées plus ouvertement ; on le constatera dans l'observation suivante où l'on voit l'orgueil morbide percer sous l'humilité d'une domestique et produire une ébauche d'idées de grandeurs et de filiation illustre.

Mlle L., 30 ans, a toujours été scrupuleuse. Aînée de 6 enfants, elle a élevé ses frères. Après la mort de sa mère qu'elle a perdue à 18 ans et qui, dit-elle, avait l'air d'une petite dame et ne parlait que de belles choses, il lui semble que son père devient bizarre à son égard et la prend pour une intruse. Ne lui cache-t-il pas quelque chose ? serait-elle bien sa fille ? Mécontente de l'attitude de son père, elle vient à Paris et se place comme domestique. Excellente travailleuse mais vaniteuse et susceptible, trouvant le métier de bonne avilissant, elle demande à sa patronne, qui y consent, de la faire passer pour demoiselle de compagnie. Elle fréquente une vieille cousine qui lui donne l'habitude de se tirer les cartes. Un jeune homme ayant manifesté l'intention de l'épouser, elle consulte une cartomancienne à ce sujet, le projet n'aboutit pas. Pendant la guerre elle devient la marraine d'un soldat de la Légion Etrangère ; elle ne tarde pas à s'en éprendre et va de nouveau consulter la cartomancienne pour connaître les sentiments et le véritable nom de ce légionnaire. Elle revient plusieurs fois chez cette femme qui semble la dominer si bien que cédant aux conseils donnés autant qu'à ses désirs, elle finit par accepter un rendez-vous de ce filleul en avril 1919 et perd sa virginité : elle avait 29 ans. Prise de remords et redoutant une grossesse, elle rompt avec ce légionnaire qui sans jamais révéler son identité, parlait de l'emmener en Amérique. Dès lors tout ce qu'elle voit commence à lui devenir suspect ; se souvenant des mauvais conseils et des phrases sybillines de la cartomancienne elle se demande ce qu'était cette femme pourquoi elle rencontrait là tant de jeunes filles qui la regardaient. Ne serait-elle pas traquée par une bande ? Ne l'a-t-on pas attirée dans un piège en lui faisant éprouver un désir sexuel anormal. Les gens la regardent d'une drôle de façon. La prend-t-on pour une voleuse ? ou bien a-t-elle eu tort de parler de politique ? Tout ce qu'elle dit est épié. On lui cache quelque chose. Quel est ce mystère ? Les mères éloignent d'elle leurs enfants. Des ouvriers lui sem-

blent des agents de la sûreté déguisés. Un maçon dresse nne sorte d'échafaudage dans la cour. Elle va se plaindre au commissariat. Un soir elle a une crise d'agitation anxieuse qni nécessite son internement, en 1920. A l'asile elle est calme, assez active, travaille régulièrement mais reste inquiète et garde son attitude interrogative. Elle a l'impression que les autres malades parlent d'elle. L'une lui demande : « De quelle race êtes-vous ? » Drôle de question. Elle se rappelle qu'à 13 ans elle avait remarqué des dissemblances morales et physiques entre ses parents et maintenant une de ses compagnes la dit née d'un Ecossais et d'une Juive. Qu'y a-t-il de vrai là-dessous. Elle a d'ailleurs entendu dire : « Ici, c'est la maison du mystère. » Tout est dit pour elle et ce ne sont que sous-entendus, allusions vexantes. On lui présente une assiette de crème, allusion à un affront que lui ont fait des voisins à qui elle avait offert une crème et qui l'ont refusée, la croyant contaminée par la syphilis. « Je m'étonne de tout, dit-elle, je m'offusque de tout ; le moindre détail me gêne. » Elle écrit une longue lettre à son patron pour lui demander les raisons d'un changement d'attitude qui la surprend. « On parle ici, ajoute-t-elle, de variétés de pommes de terre et de poudre de perlimpinpin et voilà qu'aujourd'hui on a semé des pommes de terre dans les champs et on a jeté de la poudre dessus. Çà m'a étonné ; çà m'a semblé drôle. Je me souviens qu'en 1918 mon filleul de guerre m'avait dit de lui envoyer de la poudre d'ipéca. Je fais de tout cela un mélange que je ne parviens pas à définir. » L'interroge-t-on, elle se perd en d'inutiles détails, voulant tout préciser, citant des noms et des dates, rapportant des conversations, expliquant comment elle a appris la sténographie et développé elle-même son instruction. Elle croit nécessaire de se bien faire connaître pour éviter tout malentendu. Pour qui la prend-on, en effet. On surveille tous ses gestes, on se moque d'elle. Pourquoi ? Après trois mois de séjour, elle sort améliorée, mais toujours méfiante et inquiète, et souvent encore demandant : pourquoi ? Revue trois ans après elle n'est plus anxieuse, n'a systématisé aucun délire, mais garde l'habitude de suspecter les faits, les mots qui la surprennent, de poser à leur sujet d'étranges questions et conserve quelques idées de persécution et de grandeur atténuées.

Ces thèmes délirants se ressemblent enfin par un autre caractère qui se déduit de la nature fondamen-

tale de la psychose ; l'incertitude entraîne l'absence de systématisation. Tous les doutes réunis, tous les soupçons groupés ne réussissent pas à découvrir les persécuteurs, à définir les moyens qu'ils utilisent, les raisons qui les poussent, les fins qu'ils cherchent. Les suppositions se juxtaposent autour d'un sentiment de persécution et se multiplient en raison de sa longue durée, mais elles restent des suppositions. Sans avoir rien d'incohérent, elles ne se coordonnent pas entre elles, ne créent pas un roman dont on peut suivre l'enchaînement, chapitre par chapitre. Les diverses interprétations d'un délire systématisé se relient entre elles par des explications ou des fabulations complémentaires et l'ensemble forme un édifice plus ou moins bien construit, mais solide. Ici c'est un château de sable fragile.

Les réactions de ces malades sont également spéciales et dérivent de leur caractère scrupuleux et craintif. Abouliques, enclins aux mouvements d'impatience, aux gestes brusques, aux colères subites, ils ne savent se défendre que par la fuite, incapables de prendre une décision, de réaliser un projet, de se tracer une ligne de conduite et de la suivre. Quelquefois menaçants en paroles, ils n'agissent jamais ou se contentent de protestations écrites. D'aucuns écrivent de longs mémoires justificatifs où s'étalent leurs vaines recherches, leurs larmes et leurs protestations contre le mystère qui les entoure. Ces écrits, toujours corrects, témoignent souvent d'un certain degré d'excitation intellectuelle. Ils diffèrent profondément des écrits mélancoliques remarquables par leur monotonie et la stéréotypie des plaintes.

A la longue, découragés par l'inutilité de leurs efforts, ces malades se résignent ou bien se suicident. Le suicide n'est cependant pas aussi fréquent qu'on serait tenté de l'admettre ; il se produit de préférence au cours d'un épisode anxieux et dans les premiers mois de la maladie. Plus tard c'est la résignation qui l'emporte ; l'énigme restant indéchiffrable, on renonce à la résoudre, et par intervalles seulement, à l'occasion d'un retour d'émotivité, on reprend des suppo-

sitions et des interrogations nouvelles sans grand espoir de succès. « Céder désormais à ma destinée, écrit Jean-Jacques Rousseau à la fin de sa vie, ne plus m'obstiner à lutter contre elle, laisser mes persécuteurs disposer à leur gré de leur proie, rester leur jouet sans aucune résistance durant le reste de mes vieux et tristes jours sans m'affecter de rien quoi qu'il arrive : c'est ma dernière résolution. »

La durée de ce délire interrogatif est extrêmement variable. Tantôt il apparaît comme l'efflorescence éphémère d'une constitution à peu près immuable, tantôt ce sont des séries d'épisodes délirants de six mois à un an ou deux au cours d'une vie de méfiance et d'inquiétude continuelles. Tantôt il se stabilise avec des périodes de rémission et de recrudescence, tantôt enfin après une durée de plusieurs années, il se transforme en un délire un peu mieux systématisé mais où prédominent des bouffées interrogatives.

Plus rarement il précède un état d'automatisme mental. On connaît la longue période d'inquiétude prémonitoire du délire chronique de Magnan. G. de Clérambault a signalé la fréquence du sentiment de perplexité à l'origine du syndrome qu'il a si minutieusement analysé. Heuyer et Lamache, à la séance du 23 avril 1925 de la Société de Psychiatrie, ont présenté une malade atteinte de délire d'influence avec automatisme mental dont « la note dominante est la perplexité. Elle ne sait plus à quoi elle pense, elle n'énonce que des fragments de pensée qu'elle interrompt fréquemment en disant : je ne sais pas ; peut-être. Elle ne s'explique pas ce qui lui arrive. Tout cela lui paraît bizarre, étrange. » Nous avons observé des cas analogues, mais dans lesquels l'automatisme mental fut toujours transitoire. En pareil cas, il y a association de deux syndromes : délire interrogatif d'une part, automatisme mental de l'autre, mais ce n'est pas le premier qui donne naissance au second.

Le délire interrogatif en effet, simple variété de délire d'interprétation, représente le plein épanouissement ou l'exagération morbide d'une constitution complexe. Ces malades possèdent, notamment certains

éléments de cette constitution anxieuse, décrite par Dupré et ses élèves, Devaux et Logre, et, en particulier, l'aptitude aux associations par contraste, le défaut de sens du réel, la tendance à la rêverie, au doute, à la dépersonnalisation. Ce doute perpétuel, joint aux lacunes du sens critique, les conduit, selon la remarque de Sollier, à des paralogismes et même à des illogismes et des absurdités. « L'habitude d'envisager toujours les possibilités, finit par amener une sorte d'équivalence entre l'imaginaire et le réel entre ce qui pourrait être et ce qui est. »

Mme B., 54 ans, a toujours été méfiante, inquiète et scrupuleuse. Vers 50 ans interprétations d'ordre érotique ; soupçonne un voisin de lui faire des gestes obscènes, toutes les fois qu'elle passe. Accuse à tort deux promeneurs d'exhibitionisme. Le moindre bruit l'inquiète ; elle croit entendre des cambrioleurs dans son jardin, elle prend un chat noir pour le diable, s'imagine qu'on la regarde et s'en étonne. Rencontrant une voiture de romanichels, elle craint qu'ils la poursuivent. Elle finit par ne plus oser sortir. Peu à peu les interprétations se multiplient. A 54 ans, elle suppose qu'il y a une cabale contre elle ; qui peut bien l'avoir organisée ? Des charbonniers crient sous ses fenêtres ; des gens mettent devant elle la main sous leur tablier. Les journaux parlent d'elle ; il y est question de revanche. Est-ce une vengeance ? Est-ce le médecin qui est à la tête de la cabale ? Elle rencontre des gendarmes : va-t-on arrêter son fils ? On lui donne des oignons ; sa sœur les étale sur le sol, est-ce pour lui faire comprendre qu'elle doit pleurer ? Allusions bizarres ! ainsi un jour son fils porte sa malle sur une brouette et pendant quelque temps on lui faisait voir à chaque instant des brouettes. « Depuis le mois d'août, écrit-elle, il m'est arrivé de drôles de choses. Je suis partie en Suisse, chez ma sœur, j'ai trouvé tout le monde changé ; je ne pouvais comprendre pourquoi tout cela, car l'année d'avant ce n'était pas la même chose... J'étais toujours inquiète et tourmentée, on me persécutait ; dis moi donc si j'ai fait le mal, comme on a l'air de m'en accuser. Je cherche le pourquoi d'un tas de choses dont je n'avais nullement l'idée et que l'on me met sur le dos. Comment cela va-t-il finir ? Je me demande pourquoi on m'a déjà fait voir bien des taches dans beaucoup de choses. Je me dis : « Est-ce qu'il y aurait

une tache dans ma famille que j'ignore. La lettre même est tachée. Est-ce pour me donner une signification quelconque que tu l'aurais tachée ou sans aucune intention ? Combien je serais plus tranquille si je comprenais l'énigme de tout ce qui se passe ».

Le plus souvent c'est vers l'âge adulte, après des oscillations plus ou moins nombreuses, que la constitution complexe penche définitivement vers l'état délirant, à l'occasion, de contrariétés, de difficultés d'ordre professionnel, de conflits sociaux. La malade de l'observation suivante, très intéressante à ce point de vue, montre comment une aboulique, cyclothymique, hyperémotive, harcelée par des querelles de clocher, arrive peu à peu à perdre le sens du réel, à se croire victime de manœuvres obscures et à sombrer dans un délire de suppositions qui la conduit aux idées de suicide.

Mme B., Julie, 40 ans, fille d'un alcoolique jaloux, cousine d'un aliéné, a toujours été sombre, peureuse, méfiante, scrupuleuse, sujette depuis l'âge de 20 ans à des périodes d'asthénie et d'irritabilité qui l'obligaient à interrompre son travail un mois environ tous les ans. Receveuse des postes en province, soucieuse de sa responsabilité, elle fut à 37 ans, tourmentée par les difficultés qu'elle rencontra pour l'obtention d'un poste auquel elle avait droit mais duquel ses supérieurs, préférant une autre employée, essayèrent de la détourner. Une fois nommée dans ce nouveau village, elle fut mêlée à des querelles de clocher, des haines politiques, des rivalités d'autobus desservant la poste. Réactionnaires, républicains, et socialistes la poussaient à commettre des indiscrétions, l'engageaient à décacheter des lettres, jouaient de mauvais tours à l'autobus chargé du courrier qui, un jour, perdit le sac de dépêches. Affolée par ces tiraillements et ces taquineries, elle écouta les propositions d'un jeune voisin et l'épousa, en février 1920, pour avoir un protecteur. Mais son mari ne comprit rien aux affaires de la poste ; il y eut des discussions ; ses beaux-parents cherchèrent à l'exploiter ; un de ses beaux-frères, réactionnaire, protégeait un autobus ; un autre soutenait le parti opposé et l'autobus rival. « Ce fut, dit-elle, un embrouillamini si grand qu'elle finit par n'y rien comprendre. » Les conseils qu'on lui donne de divers côtés

exacerbent son inquiétude. Une erreur de caisse, constatée par un inspecteur, détermine un surcroît d'angoisse. Elle soupçonne les facteurs, les conducteurs d'autobus de la compromettre. Ils demandent en riant si elle est contente. La concurrence des autobus, la perte de nouveaux sacs de dépêches la désempare de plus en plus. Pour comble, le télégraphe cesse de fonctionner par moments ; elle s'en plaint, mais il marche à merveille quand vient l'inspecteur. « Comment faire, écrit-elle, pour apaiser les uns et contenter les autres. Il m'aurait fallu une personne sûre, capable de me guider en cette circonstance. En plus, je remarquai que la distribution des correspondances à M. le Maire amenait des jalousies. On me reprochait de ne pas signaler le courrier lorsqu'il manquait le train. La population ne cessait de me répéter que la précédente receveuse ouvrait les lettres. J'étais complètement ahurie et ne cessais de pleurer. Puis vinrent les élections sénatoriales. Je ne reçus pas de circulaire et ne fus pas présente à l'arrivée des délégués. Je remarquai que l'on cherchait à me questionner. Je ne pouvais comprendre et me creusais vainement la tête. Je devenais sombre et sauvage de jour en jour. Je craignais tout le monde et tremblais en faisant le service. Je ne sortais plus, je n'étais plus sûre de mes actes et j'étais toujours angoissée à la pensée que mes complaisances pourraient se retourner contre moi. L'espionnage se resserrait de plus en plus et la lutte devenait très dure. Les autobus se montraient plus acharnés que jamais. Des personnes des villes voisines déposaient au guichet des chargements, des mandats, des télégrammes. Un jour mon mari m'envoya des jeunes gens pour chercher une saucisse. J'étais désemparée. L'idée de connaître le motif pour lequel j'étais ainsi traquée me poursuivait sans cesse. Je descendais au bureau la nuit. Ai-je décacheté des lettres à ce moment, c'est probable, car je trouvais le lendemain la colle déplacée... » Elle finit, un soir, par avoir une crise d'anxiété avec idée de suicide : mise en congé, elle fut emmenée par sa famille à Paris. Pendant tout son séjour à Maison-Blanche, de mai à septembre 1921, elle reste inquiète, écrivant de longs mémoires sur ses ennuis professionnels, émettant des hypothèses qu'elle rejette aussitôt, ne cessant de questionner l'entourage : « On me parle de détournements, maintenant. Ce n'est pas possible. Il y a quelque chose. Que me veut-on ? Mon mari m'a-t-il abandonnée ? On m'a parlé de prison. Qu'est-ce que ça veut dire ? Quand je le demande à mon mari, il rit. Je voudrais savoir ce qu'il y a. Pourquoi

ma belle-sœur me questionne-t-elle sur mes règles, me demande-t-elle pourquoi je pleure ; pourquoi rit-elle quand je lui dis que j'ai la diarrhée. Qu'ai-je donc fait pour être si malheureuse ? Pourquoi a-t-on pris plaisir à me tourmenter ? »

Cette malade avait débuté par une phase de dépression intermittente. Dans un autre cas, chez un domestique, nous avons vu d'abord se produire à 28 ans un premier accès de dépression mélancolique guéri en 6 mois ; à 34 ans, second accès de mélancolie anxieuse avec idées de culpabilité, de damnation et de suicide et épisodes oniriques terrifiants qui dure trois mois puis cède la place à un sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation, lequel aboutit rapidement à un délire d'interrogation sans modification depuis trois ans. Nous avons cité plus haut quelques-unes de ses interprétations hypothétiques. Elle est remarquable par son obstination à répéter : « Je ne sais pas, je ne comprends pas. » On assiste aussi chez elle à l'éclipse des éléments dépressifs et à l'émergence des éléments paranoïaques. Domestique chez un médecin, elle s'accusait pendant la période d'anxiété, d'avoir volé son maître, d'être la cause de sa mort sur un bûcher. Aujourd'hui au contraire, elle se demande pourquoi il l'impressionnait, pourquoi à la fin il l'empêchait de balayer ou l'enfermait à clef ; elle le soupçonne de l'avoir dominée et peut-être hypnotisée. Elle ne comprend d'ailleurs pas pourquoi il l'a fait interner ni pourquoi on la maintient ici et cependant, ajoute-t-elle, « je ne tiens ni à sortir, ni à rester ; j'ai peur de rester et j'ai peur de sortir. Je ne sais plus ce qu'il faut que je devienne, je n'y comprends rien ». Son irrésolution ne l'empêche pas d'apprendre à broder pendant son séjour à l'Asile et de devenir une très habile ouvrière.

Comment faut-il envisager cette psychose au point de vue nosographique. Faut-il la considérer comme une forme mixte de délire de persécution mélancolique résultant de l'association de deux psychoses ?

La description des psychoses associées, amorcée par Magnan sous le nom de délires multiples, a été com-

plétée par Masselon il y a une dizaine d'années. Masselon publie d'abord une belle observation de délire d'interprétation et de psychose maniaque dépressive développés simultanément, fortifiés l'un par l'autre. Plus tard, à propos d'un délire systématisé à base d'obsession, il écrit : « La déviation paranoïaque peut s'emparer de phénomènes morbides tels que l'excitation ou la dépression et méconnaissant leur véritable origine bâtir sur eux à l'aide d'interprétations fausses un délire dont les éléments sont soutenus et renforcés par la perturbation générale qui lui a donné naissance. » Dans ces psychoses associées, en effet, il devient généralement possible de distinguer ce qui appartient à l'une et à l'autre : tantôt le malade interprète ses accès maniaques ou mélancoliques, tantôt des idées de persécution naissent de son obsession.

Voici une lettre très caractéristique où se décèlent ces relations entre l'obsession et le délire :

« Dès l'âge de la puberté, écrit cet homme, j'ai pris conscience des troubles mentaux qui continuent à me persécuter... Il me semble devoir les faire tourner autour d'une timidité atroce et de tous les instants, accompagnée d'une inquiétude, d'une émotivité, d'une susceptibilité, d'une pudeur de visage morbides, s'exprimant concurremment par la phobie de la rougeur... Aujourd'hui elle est atténuée, mais d'autres phobies demeurent vivaces : phobies des nombres, des noms, des visages, etc... En faisant mes achats chez un commerçant de ma rue, il arrive qu'à plusieurs reprises le montant s'en élève à treize sous. Un jour, mal disposé, je me trouble à l'appel de mon dû, soit treize sous, par le commerçant, qui remarque l'altération subite de mon visage, ne garde pas le fait pour lui, et ce sont bientôt, dans le bureau en commun où je suis employé, de continuelles allusions sur ce sujet et qui portent. Désormais, partout où je verrai écrit ou entendrai prononcer le nombre treize, puis bientôt chaque fois qu'on énoncera devant moi un nombre dont le total des chiffres s'élève à treize, je me troublerai... Un tel bagage mental voudrait que son possesseur passât inaperçu, mais l'ironie du sort en a décidé autrement, provoquée il est vrai par maintes circonstances *sui généris* : initiation quasi foudroyante au goût des Lettres, plume mordante du jour au lendemain, période courte mais intense de succès féminins, tout platoniques d'ailleurs,

avec les collectives haines masculines qu'ils m'ont attiré cependant... Il en résulte que, bien qu'habitant la capitale, je ne puis guère passer dans une rue sans y rencontrer des gens inconnus de moi qui me dévisagent ostensiblement et qui manifestent connaître maintes intimités de mon existence, que je ne suis même pas tranquille dans mon alcôve où mes gestes, mes troubles, mes actes, mes paroles, etc., sont quotidiennement enregistrés puis transmis aux gens qui s'intéressent à moi, dont mes collègues de bureau, que tout en ne provoquant pas ceux-ci, j'ai réussi à sceller leur union sacrée sur mon dos... Voilà exposé mon cas dans ses grandes lignes, et je me permets alors de solliciter de votre bienveillance la thérapeutique s'y adaptant qui m'incitera à vivre une vie normale. »

Ces associations simultanées ou successives ne se retrouvent pas dans le délire interrogatif. Si des accès mélancoliques précèdent son éclosion ou accèlèrent sa marche, ils ne lui servent pas de support. Pas davantage il ne représente, comme certains accès mélancoliques décrits par Marchand chez des déséquilibrés, le développement ou la transformation d'obsessions interrogatives conscientes. Dès le début il est ce qu'il est, c'est-à-dire un syndrome dont tous les éléments sont intimement combinés. Il n'y a point ici coexistence de deux psychoses suivant une marche parallèle et s'enchevêtrant sans s'amalgamer ; il y a fusion complète de symptômes appartenant d'ordinaire à plusieurs psychoses. Et cela provient uniquement de ce fait que, comme tout délire d'interprétation, le délire interrogatif est une psychose constitutionnelle, mais dérivant d'une constitution essentiellement complexe.

Achille Delmas et Boll ont fixé à cinq le nombre des constitutions psychopathiques ; ce sont : la paranoïaque, la perverse, la mythomaniaque, la cyclothymique, l'hyperémotive. Division excellente, certes, mais à la condition de n'y voir qu'un schéma didactique commode et non point une réalité. Avec Bleuler on peut également opposer les syntoniques aux schizoïdes, et Minkowski a récemment décrit l'attitude interrogative que prend quelquefois la pensée antiste. Mais en réalité, les constitutions simples existent

rarement, comme le démontre le grossissement de leurs traits par la psychose. L'interprétateur-type, par exemple, est avant tout un paranoïaque, mais il est aussi, à un moindre degré, un cyclothymique. Le revendicateur synthétise en lui, bien souvent, les cinq constitutions de Delmas et Boll. Dans certains cas, on hésite entre le diagnostic de paranoïa et celui de psychose maniaque dépressive.

La division des psychoses constitutionnelles, si nécessaire pour la clarté de la description, est au fond artificielle. Le type mixte, le type complexe, le cas atypique en somme, loin de représenter l'exception, apparaît comme la règle à la lumière de la clinique. Ces psychoses, variables avec chaque individu, mais essentiellement états idéo-affectifs, dont les modalités découlent de caractères propres au tempérament de chacun, n'ont point entre elles d'incompatibilités. Non seulement l'obsession peut conduire au délire, mais entre l'obsession la plus consciente et le délire le plus aveugle s'échelonnent des formes de transition. Le douteur obsédé et le douteur délirant, quelles que soient leurs différences, se rapprochent par des traits communs : l'obsédé a-t-il l'esprit faux, il devient un interrogateur délirant ; le persécuté est-il un douteur, il hésite dans ses interprétations et prend conscience parfois de leur absurdité. Westphall et Morselli ont considéré l'obsession comme une paranoïa abortive ; Revault d'Allones, rajeunissant cette conception, distingue, parmi les obsédés, les mélancoliques, les persécutés, les hypocondriaques et peut-être les hallucinés. Il serait plus exact de dire que chez tout obsédé peut exister un rudiment de paranoïa tiré de la constitution originelle. De même chez tout persécuté se décèle une part d'hyperémotivité. L'évolution morbide est commandée par la prédominance de l'un ou l'autre élément. Le caractère paranoïaque, la tendance interprétative a, cependant, une importance capitale, et semble aiguiller l'hyperémotif vers le délire systématique plutôt que vers l'obsession.

L'HALLUCINATION

Par M. REVAULT D'ALLONNES

« Que nous révèle, sur ce dangereux sujet, l'œuvre publiée de Bergson ? » Telle est la recherche que se propose M. Quercy (1).

Dans les brumes de la métaphysique se profilent deux doctrines opposées de la perception normale et pathologique, celle de Taine, celle de Bergson. La première, claire et bien connue, tient en deux propositions hardies : *la perception est une hallucination vraie ; — l'hallucination est une perception sans objet.* C'est sur elle que nous continuons à vivre paresseusement. Mais M. Quercy la juge « peu originale et vieillie ».

Puis, en quête d'une conception meilleure, il se penche sur l'ouvrage de Bergson, *Matière et Mémoire.* Les deux thèses de Taine y sont combattues. Non, la perception n'est pas une *hallucination vraie,* car elle exige la présence de l'objet ; non l'hallucination n'est pas une *perception sans objet,* elle est une fausse perception d'objet, et ne se distingue pas essentiellement de l'illusion.

A ne considérer que ces extérieures formules, Bergson est d'accord avec le sens commun contre le double paradoxe de Taine. Mais si l'on essaie d'aller plus avant, de pénétrer la pensée intime du philosophe, elle a des méandres subtils, et M. Quercy n'est pas assez sûr de la saisir pour la confronter avec les faits et en essayer l'ajustement clinique.

Ainsi nous restons fort démunis, devant deux théories dont l'une est déclarée insuffisante et désuète, tandis

(1) Quercy. — Remarques sur une théorie bergsonienne de l'hallucination. *Ann. Méd.-Psychol.*, oct. 1925, 242-259.

que l'on échoue à opérer de l'autre une mise au point pratique.

De quel côté alors nous tourner ?

Vers l'Automatisme Mental, réclame M. de Clérambault. Mais hélas l'*automatisme* date de bien avant Taine, et n'est pas moins abscons que les « données immédiates » de Bergson. Qu'il s'abrège en A. M., qu'il se dédouble, qu'il se détriple, qu'il se livre à des contorsions, il n'en est pas plus avancé, c'est bonnet blanc ou blanc bonnet.

Il n'y a plus qu'un parti à prendre, c'est de nous appliquer à l'observation des malades hallucinés. Mais l'observation, si rien ne l'oriente, piétine. Quelle idée, fût-ce provisoire, nous guidera au départ ? En voici une. Nous rechercherons d'abord, pour les examiner, non les plus belles hallucinations, mais les plus beaux hallucinés ; non les hallucinations les mieux objectivées et réussies, mais les sujets d'une lecture facile ou instructive. Ce sont ceux qui, par-delà leurs hallucinations (fussent-elles banales, mal venues, sans éclat) montrent un fond mental spécial, ou quelques autres accidents remarquables. Fuyons d'abord ces grands artistes, soi-disant normaux hallucinés, qui poussent leurs chefs-d'œuvre sur l'avant-scène, tirent, derrière, le rideau, et dissimulent l'atelier ; préférons les ouvriers naïfs qui nous font visiter les coulisses. Ainsi le phénomène hallucination ne sera plus une merveille, isolée dans l'abstrait, mais vu dans ses connexions, ses rapports, il exhibera peut-être son mécanisme.

Pendant les grandes crises hallucinatoires existe manifestement un état anormal de la personnalité. La coupure entre le *moi* et le *non-moi* est autrement située que chez le normal, autrement que chez le malade avant sa maladie, autrement que chez le malade hors de ses crises. Les contrôles, quels qu'ils soient, qui président à la synthèse personnelle, et qui en excluent certains apports pour les refouler dans le *non-moi*, fonctionnent défectueusement. L'hallucination ne saurait être élucidée tant qu'on la détachera des phénomènes connexes et tant que l'on n'aura pas élucidé la perturbation de la personnalité observable dans les accès hallucinatoires aigus.

Ces accès ne se prêtent pas tous également à l'investigation. Ceux qui y conviennent le mieux sont exempts de confusion mentale.

Certes, la confusion mentale implique une perturbation globale de la personnalité ; le « moi » du malade confus fait naufrage avec toutes les autres synthèses psychiques, en particulier avec les schémas identificateurs des diverses personnes étrangères, non moins qu'avec les schémas identificateurs des objets. De là tant de divagations sur sa propre identité et sur celles des autres, de là les fausses reconnaissances confusionnelles, erreurs changeantes, sans cesse remplacées par des erreurs nouvelles. En même temps qu'ils ont perdu la fixité de leur teneur et la précision de leurs contours, les signalements singuliers reçoivent des attributions fautives qui ne sont plus corrigées. Nous avons étudié ailleurs (1) le dyschématisme et l'achématisme confusionnel. C'est un désordre diffus. Il n'atteint pas électivement la conscience personnelle dans ses rapports avec la connaissance d'autrui et avec la connaissance du monde matériel ; il atteint, dans son détail et son ensemble, toute l'économie psychique.

Aussi, pour discerner la genèse de l'hallucination, est-il préférable de s'adresser aux hallucinés exempts de confusion mentale. C'est chez ceux-là que peut apparaître avec clarté le trouble particulier de la personnalité, d'où résulte, avec son cortège de fantasmagories, l'hallucination.

En quel état est la personnalité de l'halluciné exempt de confusion mentale, pendant la crise aiguë d'hallucination ?

C'est une personnalité déficitaire et confinée.

Le déficit porte sur la quantité et la qualité des aptitudes, sur la capacité au travail professionnel, sur la persévérance de l'attention, sur les contrôles logiques. Devant les prodiges dont il est assailli, et

(1) *Traité de Psychologie* (sous la direction de G. Dumas) : L'Attention.

qui ont de quoi surprendre, l'halluciné, ainsi que l'a finement remarqué Lasègue (1), fait montre d'une indolence, d'une passivité, d'une incuriosité vraiment pathologiques. Insoucieux du pourquoi et du comment, il se satisfait d'explications toutes faites, il accepte des sottises, il juxtapose, sans sourciller, de choquantes contradictions. — Quant au démembrement de l'individualité (2) hallucinée, il a été défini par Leuret (3) « un véritable dualisme chez un même individu », et, mieux encore, une « sorte de fractionnement de l'esprit, qui met en opposition deux séries d'idées », dont l'une est rapportée au « moi » et dont l'autre est revêtue de l'apparence d'une voix étrangère (4).

Retenons ce terme de *fractionnement,* jeté en passant par un habile aliéniste : il contient en germe ce que M. Quercy cherche et ne trouve pas chez les purs philosophes, une conception médicale, clinique de l'hallucination.

Baillarger arrive de son côté à une notion analogue. C'est vouloir faire de l'hallucination un mystère inexplicable que de la faire survenir sur une trame mentale parfaitement intacte. Elle suppose un fond sous-jacent particulier, morbide, auquel il a d'abord donné le nom d' « état d'hallucination », plus tard celui (moins prudent, peut être) d' « automatisme ». Voici comment il le décrit. Il y a, chez l'halluciné, quelque chose de plus que les hallucinations ; il y a un état caractérisé par « l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination » (5), avec perte de

(1) Lasègue. — *Le délire des persécutions* : « il ignore pourquoi, l'avoue ingénuement, et ne cherche pas à en savoir davantage ».

(2) De l'individualité, non de la personnalité : nous nous expliquerons plus bas sur ce point.

(3) Leuret. — *Fragments psychologiques sur la folie.*

(4) Leuret. — *Ibid.* : « pour expliquer ces deux individus dans la même personne, j'avais imaginé de la placer chacun dans un lobe du cerveau ». Mais en 1834 il a renoncé à cette hypothèse, dont Ribot (*Mal. de la personnal.*, 117) attribue inexactement l'invention à sir Henri Holland (1840).

(5) Baillarger. — *Rech. s. l. mal. ment.*, I, 466, 491.

conscience ou totale (1) ou partielle (2) du temps, des lieux, des objets environnants. De vives impressions externes, un énergique effort de l'attention volontaire suspendent momentanément cet état, dans lequel le malade retombe passivement aussitôt. Quand cet état n'est pas à son plus haut degré, le malade a conscience de ses hallucinations, et les impressions externes, même pendant les hallucinations, ne sont pas entièrement suspendues. Il y a souvent alors une lutte entre la volonté et l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination. Dans son mémoire de 1845, intitulé *Théorie de l'Automatisme,* Baillarger définit l' « automatisme » : « C'est l'état d'indépendance pour les facultés et d'inertie pour le pouvoir personnel (3). » Il cite la description de la rêverie par le philosophe Jouffroy : « Notre personnalité n'est pas éteinte... ; mais, pour le moment, elle ne gouverne pas, elle laisse tout aller, elle se repose. Dans cet état, toutes nos facultés se meuvent de leur mouvement propre et selon leur loi, non selon les nôtres et par notre impulsion. » Cet état ne conditionne pas seulement les hallucinations des délires fébriles et de la stupidité, mais toutes les formes de l'aliénation mentale, y compris la manie et la mélancolie. Esquirol admettait qu'à la base de toute espèce de folie il y a une lésion de l'attention, c'est-à-dire du pouvoir personnel : Baillarger repousse cette doctrine et y substitue celle de « l'indépendance des facultés soustraites à l'action du pouvoir personnel ». On pourrait soutenir que ces deux maîtres sont d'accord, la dissidence des provinces supposant une insuffisance du gouvernement central.

La lecture des travaux de l'école aliéniste française confirme donc ce que l'observation des malades suffit à révéler : à la base de l'hallucination existe un état

(1) Dans le rêve et dans les délires qui ressemblent à des rêves, et que nous nommons aujourd'hui états confusionnels, états seconds, états oniriques ; 469, 474, 79, 85.

(2) Dans les psychoses hallucinatoires exemptes, ou à peu près exemptes de confusion, dirions-nous aujourd'hui ; 471, 474.

(3) *Ibid.*, 494.

morbide de la personnalité, caractérisé par l'insuffisance des contrôles et par le morcellement psychique, ou, selon l'heureuse expression de Leuret, par le fractionnement de l'esprit.

Si l'on n'y prend garde, quelques circonstances risquent de masquer le désarroi profond de la personnalité hallucinée.

Une première source de cette illusion est que l'halluciné conserve un « moi » conscient ; qu'il n'a perdu aucun souvenir de son passé, aucune de ses acquisitions, aucune de ses dispositions ; qu'il n'abdique aucun de ses sentiments ni de ses projets ; que, quant au présent, il ne cesse de se plaindre, de protester avec véhémence, de se tenir en alerte, de se hérisser contre ce qu'il considère comme des empiètements injustifiés. C'est ici qu'il faut nous entendre sur les termes *personnalité* et *individualité*. Ils ne sont pas interchangeables ; le second, plus vaste, englobe le premier (1). Rétrécie, refoulée, déjetée par des néoformations marginales qui se sont développées aux dépens de sa propre substance, la personnalité hallucinée n'est pas scindée. Comment une personnalité, fût-ce amoindrie, pourrait-elle subsister, si elle cessait d'être une et indivisible ? Sur ce point insiste à propos notre ami Mignard (2). C'est l'individualité, non la personnalité, qui, chez l'halluciné, est démembrée, fractionnée, plurale. Le *moi résiduel* ne régit plus qu'une parcelle de son ancien empire, le reste est soustrait à son pouvoir, sinon à ses vues ; par-dessus la frontière passent et lui parviennent des productions extra-territoriales, élaborées sans lui, hors de lui, souvent contre lui, dans les zones évacuées.

Une seconde circonstance peut donner l'illusion d'une personnalité normale en proie à l'hallucination. Les psychoses hallucinatoires, comme tant d'autres psychoses, ont coutume de procéder par alternance

(1) Ribot. — *Mal. de la personnalité*, établit soigneusement la distinction entre *personnalité* et *individualité* : la première n'est, chez le normal lui-même, qu'un petit canton de la seconde.

(2) Mignard. — *Annal. méd.-psychol.*, 1925.

de paroxysmes et de rémissions. Dans les intervalles tranquilles la personnalité se raffermit, elle reprend, au moins en partie, l'autorité qui, dans les crises, lui échappe. On est porté à attribuer à la personnalité hallucinée les caractères qu'elle ne récupère qu'en dehors des accès hallucinatoires.

Une troisième source de la même illusion est qu'un grand nombre d'hallucinés, et peut-être la majorité, par suite de l'incuriosité pathologique signalée par Lasègue, s'abstiennent de construire un roman explicatif. En ce cas, aucun délire ne subsiste dans les répits de la psychose. On risque de prendre de tels malades pour tout à fait indemnes, pour entièrement sains d'esprit, aux hallucinations près, surtout si on les compare avec ceux qui ourdissent un roman délirant, et qui le maintiennent dans leurs rémissions. De là cette erreur de Lélut, citée favorablement par Esquirol (1), que « l'hallucination sans délire » fleurit sur un fond normal, erreur reprise par Michéa, pour qui la « folie sensoriale » ou « délire des sensations » (sans délire de l'intelligence) peut se produire sans que la personnalité profonde soit atteinte.

Si l'on réfléchit aux constatations précédentes, le problème de l'hallucination, selon la jolie expression de M. Quercy, devient moins « dangereux ». Tant que l'on prête à l'halluciné une mentalité saine, on se heurte à une énigme ; les aliénistes, comme Lélut et Michéa, sont réduits à constater sans comprendre ; les philosophes, tels que Taine et Bergson, à sonder les abîmes de la métaphysique, sans en tirer une conception capable d'affronter la clinique. Au contraire, une clarté non douteuse se lève aussitôt que l'on reconnaît à l'halluciné une mentalité doublement morbide, par la diminution du champ où s'exerce la juridiction personnelle, par l'insurrection des territoires en dissidence. Ce déficit, ce fractionnement modifient le système entier des valeurs d'où dépend la perception du « soi » et du « non-soi ».

(1 Esquirol. — *Des mal. ment.*, I, 191, 1838.

Cessons de considérer l'hallucination comme identique, sauf sa fausseté, à une perception vraie. L'halluciné réussit à maintenir, au prix d'évacuations et d'une concentration en arrière, une personnalité amoindrie en force et en étendue. Grâce à ce regroupement dans la défaite, il lui reste un résidu normal, capable de perceptions normales. Mais, en même temps, les zones soustraites à l'administration du *moi résiduel*, et ainsi devenues extra-personnelles, l'assaillent de manifestations hétérogènes, nées hors du « moi », et qui sont reçues pour des messages émis par d'autres personnes.

Plusieurs caractères essentiels de l'hallucination se trouvent ainsi expliqués : son apparence constante de *réception*, son apparence fréquente d'*intention* émanée d'autrui, son analogie avec la perception vraie (et non pas identité : les hallucinés conscients s'accordent à dire : « ce n'est pas la même chose »).

Reste à examiner la sensorialité et la spatialité de l'hallucination : tant qu'elles n'interviennent pas, le phénomène ne mérite pas encore le nom d'hallucination, et si la psychose évolue sans ces compléments, elle ne mérite pas le nom de psychose hallucinatoire. Or, il en va ainsi en bien des cas, et c'est pourquoi la dénomination « psychose hallucinatoire » doit être englobée dans un genre plus vaste, dont le nom signifie dislocation psychique, avec ou sans caractère sensoriel et spatial des fausses réceptions : par exemple, *polyphrénie*.

En quoi consiste, quand il existe, le caractère sensoriel et spatial des fausses réceptions ?

Il faut ici nous méfier d'une exagération que les malades ne manquent pas de commettre.

Quand il affirme la sensorialité et la spatialité de ses « voix », plus d'un veut simplement figurer la présence d'êtres invisibles, dont les pensées s'imposent à sa pensée, sans que cette intrusion revête véritablement une sonorité matérielle. Il est incapable de répéter textuellement ce qu'il déclare entendre ; il use du style indirect : « On me dit que... et que... »

Pour peu qu'il ait éprouvé quelques hallucinations

proprement dites, douées de quelque sensorialité et de quelque spatialité, c'est à elles qu'il se réfère, pour y assimiler toutes ses autres réceptions fausses, par le seul fait qu'elles n'ont pas l'estampille personnelle, et quoique la sensorialité et la spatialité en soient faibles ou nulles.

En procédant de la sorte, le malade ne commet point une supercherie, il ne fait qu'appliquer une loi générale de la perception. Notre lecture du réel se fait ordinairement à la volée et ne recueille que des impressions lacunaires, sommaires, rudimentaires. Nous les complétons par des images mentales, qui courent au-devant des choses. Un minimum de données matérielles nous suffit à reconnaître quelle image nous devons projeter pour en faire une « expérience ».

De même pour les réceptions fausses. Un rien de matérialité leur confère la dignité de *fait*. Or, la conviction préalable d'une influence étrangère suggère de matérialiser une réception mentale. Pour y parvenir, n'importe quel sens est mis à contribution, et de n'importe quelle manière. Souvent, il est fait appel à l'ouïe. Elle fournit des bruits réels (bruits de la rue et de la maison, bruits de voix réelles) et des représentations mentales auditives : les significations suspectes présentées au *moi résiduel* s'incorporent à ces sonorités auriculaires et à ces sonorités mentales. — Parfois, la vue est mise à contribution : les impressions visuelles réelles ou mentales concrétisent les significations suspectes, soit sous forme de symboles (signaux lumineux, emblèmes), soit sous forme de textes manuscrits ou imprimés, qui hantent la vision mentale. — Souvent, ce sont les mouvements du malade qui sont réquisitionnés. Sa propre bouche profère des propos qui viennent d'autrui, elle les chuchotte, les parle et même les crie. Ou encore les pensées étrangères s'articulent dans la glotte par une mussitation aphone. Elles s'accrochent aussi, sans qu'il soit besoin d'articulation, au rythme respiratoire, qui les transforme en « voix dans la poitrine » (respiration costale) et en « voix dans le ventre » (respiration diaphragmatique). Elles se contentent même des mouvements perçus en un

point quelconque du corps et deviennent des voix dans l'épaule, dans la hanche, dans le genou, dans le coude, dans le poignet, dans les doigts.

Suivant leur tournure d'esprit, les malades atteints de fractionnement de l'esprit avec repli de la personnalité se montrent plus ou moins réalisateurs. Quelques-uns ont une frénésie de matérialisation, un don de concrétiser et de dramatiser. D'autres se mettent moins en frais, et même s'abstiennent de sensorialiser et de spatialiser leurs fausses réceptions.

Par toutes sortes d'artifices concrétisants, les fausses réceptions du disloqué psychique deviennent proprement hallucinations. Mais ce complément est inconstant et accessoire. L'essentiel est la dislocation psychique, le refoulement du moi résiduel, l'attribution à autrui de ce qui lui provient des dissidences.

Dès lors, le problème de la sensorialité hallucinatoire se trouve singulièrement simplifié. Une pensée d'aspect étranger, produite dans des replis de l'individualité d'où le « moi » affaibli s'est retiré, s'affuble avec complaisance d'authentifications sensibles. Rien dans ce jeu de matérialisation ne soulève de sérieux problème. Il n'y a pas lieu de chercher des voies de projection, d'échaffauder des systèmes anatomo-pathologiques aussi compliqués et aussi fragiles que les sysmes métaphysiques.

Pendant qu'ainsi l'hallucination achève de s'expliquer, elle perd peu à peu une grande partie de la valeur qui lui était prêtée au début de cette analyse. Et à mesure, un aperçu différent s'élève, prend le pas sur l'hallucination, la domine, la conditionne, s'y substitue, la noie finalement dans une masse d'accidents connexes, auxquels ne convient plus le nom d'hallucination, pas même celui d'hallucination psychique ou celui de pseudo-hallucination. Cet aperçu n'est pas nouveau, puisqu'il remonte à Leuret, se retrouve chez Baillarger, chez Gilbert Ballet, chez bien d'autres auteurs, et, paraît-il, jusque chez M. de Clérambault. Le tout est d'en tirer profit, quand ce ne serait que pour dissiper la séculaire obscurité dont la tradition enveloppe l'hallucination.

Un avantage plus précieux serait de fournir le moyen de réviser le groupe hétéroclite des états polymorphes, délires hallucinatoires, délires d'influence. Avec ou sans hallucination proprement dite, il existe un syndrome, auquel convient le nom de *polyphrénie,* caractérisé par un fractionnement de l'individualité, avec persistance d'un « moi » résiduel, et intrusion, sur son domaine rétréci, de fantaisies et fantasmagories extra-personnelles, élaborées dans les dissidences, inévitablement rapportées à des personnages mystérieux et puissants. Tantôt ce syndrome apparaît et disparaît comme un simple épisode au cours d'une psychose, et tantôt il constitue, lui-même, une psychose, dont l'évolution, souvent chronique, aboutit à une démence qui, en raison de ses honorables épaves, ne doit être confondue avec aucune autre.

Quoi qu'il en soit de cette opinion nosologique, et pour nous limiter à l'hallucination, concluons que les controverses sur ce problème entre les purs philosophes n'ont donné aucune notion clairement et utilement applicable à la clinique ; que l'étude des malades hallucinés, éclairée par la réflexion sur quelques passages de nos grands aliénistes, invite à faire descendre l'hallucination des sphères logomachiques, et à la replacer dans son cadre clinique vivant ; que ce cadre est constitué par un état morbide profond de l'individualité et de la personnalité, constituant une disposition hallucinatoire ; que la disposition hallucinatoire est un rétrécissement du domaine de la personnalité consciente ; que ce moi *résiduel,* regroupement déficitaire de la synthèse personnelle, conserve dans son ressort restreint, les attributs d'une personnalité consciente, unité, mémoire, aspirations subjectives ; qu'une masse d'éléments psychiques, autrefois parties intégrantes de la synthèse personnelle, ont cessé d'y être inclus, et continuent à végéter à l'abandon, d'une vie de sécession, et souvent d'insurrection ; que le moi résiduel constate comme étrangères les productions dissidentes ; que le caractère extra-personnel de ces productions les mue immanquablement en apparentes réceptions émanées d'autres personnes ; que cette

attribution à autrui est l'essentiel de l'hallucination ; que, toutefois, l'hallucination ne mérite ce nom que s'il s'ajoute à ce caractère essentiel quelque sensorialisation et quelque spatialisation ; que ces compléments accessoires sont obtenus par un grand nombre de moyens faciles ; que cette complicité des sens ne soulève aucun problème anatomo-pathologique particulier.

La notion d'*automatisme* est décidément hors d'usage. Elle s'est beaucoup prodiguée en sa jeunesse : tous les psychologues du XIX^e^ siècle, tous les aliénistes se la sont repassée. Il y a trente ans, elle avait encore de beaux restes. Mais ses derniers fervents se sont détournés. Maintenant, elle traîne entre les ponts, vénérable coquette ; elle croit masquer sa décrépitude sous un falbala d'adjectifs et de majuscules ; et même, ne voyant pas qu'elle prête à rire, elle minaude, et de temps en temps se plaint, non, se vante d'avoir été violée. L'insuffisance de cette notion, appliquée à l'étude de l'hallucination, est de porter sur ce qui est secondaire, sur les autonomies émancipées ; elle doit être mise au rebut et remplacée par la notion de *dislocation psychique,* laquelle a l'avantage d'embrasser l'ensemble de la situation pathologique.

La dislocation psychique est la rupture de la synthèse normale, avec persistance et avec reconstitution de synthèses parcellaires anormales. La personnalité première a été brisée par une maladie cérébrale ; il s'opère un regroupement dans la déroute ; un « moi » nouveau se constitue, copie réduite de l'ancien ; il prétend être le même, en quoi il s'abuse ; il s'efforce de lui ressembler, de le continuer, de le restaurer tout à fait ; il y réussit presque dans les rémissions ; mais dans les rechutes les fils retissés se rompent, les positions récupérées sont de nouveau perdues. Nous ne devons pas confondre ce simulacre avec le modèle. Pour peu qu'on l'observe dans sa vie sociale, familiale, individuelle, on constate combien il est amoindri, combien ses moyens sont courts. Maintes épaves de son ancienne synthèse s'en vont à la dérive, en dehors de sa nouvelle synthèse nécessiteuse et fragile. Incapable

de les repêcher et de se les réincorporer, il traite avec elles de puissance à puissance, souvent (1) sur un pied d'hostilité, et les tient pour des personnes étrangères, agrippées à lui comme des parasites, ou tout au moins pour les manifestations de personnalités étrangères qui s'amusent à violer son intimité. Il y reconnaît des lambeaux adultérés de sa propre substance, et ne peut s'empêcher de leur en jeter encore d'autres en pâture. S'il leur jette jusqu'à ses impressions sensibles et ses actions musculaires, il dépasse la simple fanstamagorie et atteint l'hallucination.

Ainsi l'*hallucination* n'est qu'une forme particulière, concrétisée, de la *fantasmagorie*. Par ce mot il faut entendre, au sens étymologique (2), des paroles de fantômes, et, par extension, toutes autres manifestations fantômales. Tant qu'elle demeure mentale, immatérielle, elle n'est pas proprement hallucination ; elle devient hallucination aussitôt qu'elle prend corps par une complicité des sens et des muscles. Cette complicité, lorsqu'elle se produit, résulte de la conjonction de deux facteurs : d'une part la critique personnelle (ou plutôt néo-personnelle) est défaillante, suggestible, enfantine, et se satisfait à bon compte, ou se dispense de s'exercer ; d'autre part, la dislocation psychique engendre des apparences qui se contentent de peu pour se concrétiser.

De même que l'hallucination n'est qu'une espèce du genre plus vaste fantasmagorie, de même les *psychoses hallucinatoires* ne sont qu'une espèce d'un genre plus vaste, la *psychose fantasmagorique*, ou *polyphrénie*.

(1) Pas forcément, ni uniquement. De là l'insuffisance de la formule de Lasègue « délire des persécutions », outre qu'elle n'isole pas la revendication purement sophistique.

(2) *Phantasma*, fantôme ; *agorenein*, parler.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 28 DÉCEMBRE 1925

Présidence : M. ROUBINOVITCH, Président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que le rapport de la Commission des finances sera lu à la séance de janvier.

ELECTIONS

Il est procédé au renouvellement du bureau.

En remplacement de M. Sollier, vice-président, qui devient de droit président de la Société pour 1926, il est procédé à l'élection d'un vice-président.

Election du Vice-président

Nombre de votants : 18

M. le Dr Legrain est élu à l'unanimité de 18 votants, vice-président de la Société pour l'année 1926.

Réélection du Secrétaire Général

Nombre de votants : 18

M. le Dr Henri Colin est réélu secrétaire général par 17 voix et un bulletin blanc.

Election des Secrétaires des séances

En remplacement de M. René Charpentier, qui s'est démis de ces fonctions au mois de mai 1925 (et dont le successeur n'a pas été élu), et de M. M. Mignard, qui ne se représente pas, il est procédé à l'élection des deux secrétaires des séances.

Nombre de votants : 18

Ont obtenu :

MM. Guiraud	18	voix
Bussard	16	—
Bulletins blancs ou nuls	2	—

MM. les Drs Guiraud et Bussard sont élus secrétaires des séances.

Réélection du Trésorier

M. le Dr Raymond Mallet est réélu trésorier par acclamation, à l'unanimité des membres présents.

SÉANCE ORDINAIRE

MM. Demay, Rayneau, D. Santenoise, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du lundi 30 novembre 1925.

Les états maniaques d'origine psychique

Par MM.

Gilbert Robin, Michel Cénac et Jean Durand-Saladin

Resserrons les limites d'un titre trop compréhensif. Envisageons les états maniaques d'origine émotionnelle et réservons notre attention aux émotions pénibles. Quoi un chagrin, une frayeur engendrant la joie ! Une attitude de plaisir jaillissant, comme par réflexe, d'un motif de tristesse ! Le paradoxe n'est pas dans notre esprit, mais dans la nature qui le réalise, ou plutôt semble réaliser ce que dans notre ignorance des effets, des causes et des mécanismes intimes, nous appelons de ce nom.

Parfois la mimique seule exprime une joie trompeuse qui n'habite pas le cœur. L'un de nous se souvient d'une de ses parentes qui, à l'enterrement d'une

mère qu'elle adorait, eut une crise incoercible au plus fort de son chagrin. Ce contraste est assez fréquent chez les gens nerveux et il s'agit là, selon l'expression de Dromard (1), d'une « mimique spasmodique » en contradiction formelle avec la nature de l'émotion.

« Magnan rapporte également l'observation d'une malade qui fut prise d'un fou rire à l'enterrement de son grand-père, pendant que toute la famille en larmes se lamentait et alors qu'elle était elle-même profondément affligée de la mort de ce parent qu'elle aimait beaucoup et qui s'était toujours montré bon pour elle. »

« Batistelli, cité par Dromard, raconte l'histoire d'un enfant qui ayant été menacé, poursuivi et frappé rudement, fut pris d'un accès de rire. Pendant des mois l'accès se produisit plusieurs fois par jour et l'enfant interrogé sur la cause de son rire, disait invariablement qu'il croyait voir derrière lui un homme menaçant et prêt à le frapper. Pourquoi l'enfant riait-il aux éclats à l'occasion d'une hallucination qui devait le remplir de terreur ? Sans doute il s'agit là d'un fait de contraste psychique, et le rire apparaît comme la réaction automatique et involontaire d'une émotion de nature terrifiante ? »

Nous ne parlerons pas de ces déments précoces, de ces discordants qui éclatent de rire à l'annonce de la mort d'un parent, parce que nous ne sommes pas sûrs que cette nouvelle ait même impressionné une affectivité fortement compromise. Leurs oreilles ont entendu, leurs yeux ont vu, mais leur cœur n'a pas perçu.

Ce qui nous intéresse et ce qui en fait est assez curieux et déroutant, c'est la métamorphose en quelque sorte d'une émotion pénible en un état d'excitation, de gaieté intéressant non seulement la mimique et le comportement, mais l'humeur et le psychisme du sujet.

Il n'est même pas nécessaire de quitter la psychologie normale pour assister à ces transformations.

(1) DRUMARD. — *La mimique chez les aliénés.*

Toutefois dans la plupart des cas la volonté n'est pas étrangère à ces réalisations. La personnalité consciente lutte contre l'émotion triste, la déception, la gêne, la peur, etc... et veut réagir par la bonne humeur ou la joie factice. Nous ne voulons pas encombrer nos voisins, nos amis avec notre peine. Nous affectons d'être gais, insouciants, mais souvent nous sommes pris au jeu ou plutôt notre effort de volonté nous récompense. Nous sommes plus ou moins dupes de notre attitude : nous souffrons moins.

L'un de nous a connu une jeune fille timide qui, lorsqu'elle devait aller dans le monde, éprouvait un tel sentiment de malaise qu'elle craignait de se trouver mal. Elle luttait par une affectation de laisser-aller et de sans-gêne contrastant avec la gêne réelle qu'elle ressentait. Elle entrait dans un salon en gesticulant, en faisant mille contorsions, mille grimaces, pérorait, passait sans transition d'un sujet à un autre, touchait tous les objets des meubles et de la cheminée, se livrait à un commentaire sur chacun, faisait de l'ironie, riait aux éclats, taquinait de-ci de-là les personnes qu'elle connaissait, bref menait grand bruit, cependant qu'une légère trémulation dans la voix et une certaine agitation de ses mains moites qu'elle pressait l'une contre l'autre trahissait son émotion de se trouver désemparée au milieu de tant de monde. Elle semblait se débattre comme une noyée: un bibelot, un sujet de conversation, un événement récent, l'arrivée d'une personne, le travers de celui-ci ou de celle-là, servait de bouée de sauvetage à son instabilité.

Dès que cette jeune fille reprenait le cours de sa vie normale, tout rentrait dans l'ordre. Elle redevenait calme et posée. L'excitation tombait avec la cause qui l'avait fait naître.

On voit parfois une certaine excitation de l'humeur et de la conduite tromper l'émotion, reculer l'échéance au bout de laquelle il faudra bien que la personnalité en prenne conscience. Une femme reçoit la nouvelle que l'être qu'elle aime le plus au monde vient de mourir ou bien a cessé de l'aimer. La voici

qui s'agite, ne pense pas à ce qu'elle vient d'apprendre, mais se hâte, multiplie ses gestes, rend des visites, se fixe des buts auxquels elle arrive en retard parce qu'ils sont trop nombreux pour le laps de temps qu'elle s'est assigné. Elle a ses sourires, son humeur habituels. Rien n'est changé sinon sa hâte, sa précipitation. Elle s'arrête épuisée. Alors la pensée s'élabore, l'émotion se réalise. La femme a pris enfin conscience des faits. Elle s'attriste, s'afflige. Pour la première fois elle est au niveau de l'événement. Sa douleur et elle marchent du même pas. La dépression est en rapport avec la mauvaise nouvelle. La tristesse vient de l'émotion comme l'eau d'une source, par ses voies naturelles. Son agitation avait été un moyen de défense inconscient contre l'intrusion de l'émotion dans la personnalité consciente.

Il arrive aussi que l'émotion pénible est ressentie, les effets en sont pesés, discutés, mais il s'établit une sorte de vengeance de l'être moteur contre l'être pensant. Ce ne sont pas des réactions automatiques à proprement parler, mais l'équilibre menacé de la personnalité se rétablit par la prépondérance des actes sur la pensée. Là aussi, l'agitation va lutter contre la gêne émotionnelle. L'individu *sait* son chagrin, il en a conscience, mais il le tue sous une avalanche d'actions. L'homme d'affaires « pour oublier » se lance dans les entreprises les plus folles, les plus difficiles. La femme du monde reçoit, se laisse inviter, ne refuse aucun thé, aucun dîner, aucun bal. Elle est débordée par ses obligations. Elle court après le temps. Tant qu'elle ne le rattrapera pas, l'émotion ne sera pas digérée, par conséquent ne sera pas douloureuse, à moins qu'elle ne s'épuise peu à peu dans cette agitation et ne trouve là son remède, l'oubli.

L'agitation n'est pas toujours le plaisir, mais elle y conduit souvent et parfois se confond avec lui. Il ne saurait être question ici du plaisir qu'on prend ou qu'on essaie de prendre pour faire diversion à son chagrin, mais nous voulons parler du plaisir qui monte de lui-même à l'agitation motrice, comme s'il était la récompense de l'action..

Il y aurait beaucoup à dire sur la psychologie du crâneur, du faiseur de rodomontades. Tout se passe en embarras, en esbrouffe. Il a peur, il a très peur, mais il joue le courage. A force de jouer, il s'étourdit. Il fait le fanfaron, gesticule, rit, nargue, provoque. Il finit par n'avoir plus peur et dans l'excès même du jeu peut commettre des imprudences qui le livrent à son bourreau alors qu'il voulait le dérouter.

L'excès même d'une émotion, quand elle intéresse les forces vives de la personnalité, peut arracher de l'individu toute l'affectivité qui était cristallisée autour d'un ou de plusieurs sentiments et livrer cet individu tantôt à l'indifférence, tantôt aux plaisirs. Les anciens auteurs qui ont été si avertis de l'influence des causes morales dans la genèse des maladies mentales ont noté des faits d'excitation succédant à une cause morale douloureuse.

« Il n'est pas rare, écrit Marc, lorsque des sentiments d'indignation, de vengeance, ou de désespoir compliquent le chagrin, de voir le malade éprouver une excitation qui le conduit à la manie. » (1).

Griesinger (2) rapporte l'observation d'une femme de 39 ans à qui on raconta qu'on avait vu revenir le fantôme de son mari mort récemment et qui, prise de frayeur, fit une crise d'anxiété avec délire d'auto-accusations, puis peu après un accès de manie avec tendance constante à la raillerie et nymphomanie. Morel (3) déclare que « des terreurs excessives ont plus d'une fois plongé des individus dans un véritable état de stupeur d'où ils ne sont sortis que pour passer par toutes les péripéties d'un accès maniaque ». Il décrit des symptômes de manie compliquant des cas d'hystérie liés à une émotion pénible et Marcé (4) traitant du même sujet, note une tendance à déplacer les objets, un mélange de retenue et de passion, et surtout de l'anxiété respiratoire qui concordent avec ce que nous avons nous-même observé dans les cas où l'émotion ajoute des signes particuliers aux symptômes maniaques.

Il apparaît donc que le tableau maniaque ou hypomaniaque, d'origine émotionnelle existe et que l'humeur joyeuse, moins encore ici que dans la manie vraie n'est

(1) MARC. — *Traité des Maladies mentales*, tome I.
(2) *Traité des Maladies mentales*, page 344.
(3) MOREL. — *Maladies mentales*, tome I.
(4) MARCÉ. — *Traité des Maladies mentales*.

pas sans mélange. Si l'émotion pénible est à la base de l'état maniaque, elle contribue à lui donner son allure atypique et à la marquer de signes propres. L'un de nous en collaboration avec le Professeur Henri Claude (1), a rapporté l'observation d'une femme de 33 ans, Marie-Louise F..., qui ayant un amant plus jeune qu'elle et ayant refusé de devenir sa femme, se vit dans un café menacée par lui d'un revolver, et à la suite de la frayeur éprouvée, présenta de la confusion mentale (avec anxiété, méfiance, fausses reconnaissances) à laquelle succéda en quelques jours un état d'excitation psychique avec cris, chants, plaisanteries, euphorie coupée de paroxysmes anxieux, réponses ironiques et franchement à côté. Et nous écrivions à propos de cette malade :

« L'excitation psychique ne constitue vraisemblablement pas le fond de la psychose. Si la malade est irritable comme bien des maniaques, elle est loin d'avoir comme eux, ce fond d'optimisme qui laisse libre cours à l'euphorie. Les impressions tristes ne sont pas écartées, au contraire. Un état pénible est à la base du trouble mental de Marie-Louise F... Elle est souvent anxieuse. L'ironie de ses réponses ne traduit qu'une joie apparente, qui est encore une forme de la réticence. Le jugement ici n'est pas troublé, comme l'est celui d'un maniaque, par le kaléidoscope des idées. La fuite des idées d'un maniaque s'oppose à une sorte de concentration douloureuse chez notre malade. Les associations sont loin d'être purement automatiques. Lorsqu'elles sont décousues, elles ne témoignent pas d'une incohérence pire que celle du maniaque, qui est plus apparente que réelle. L'attention paraît dispersée, et elle est en réalité concentrée sur le moi intérieur. La sphère affective, loin de porter sur les instincts les plus bas, paraît au contraire douloureusement intéressée. La malade souffre d'être séparée de son enfant, d'avoir divorcé. Nous avons en apparence, l'esquisse d'un tableau hypomaniaque. En réalité, un pénible état anxieux est à la base de ces manifestations qui traduisent un trouble dans l'expression générale des émotions. »

Les hasards de la clinique nous ont mis en présence d'une jeune femme, internée dans le service du Dr

(1) Henri Claude et Gilbert Robin. — Le Symptôme des réponses à côté et ses rapports avec les complexes affectifs. *L'Encéphale*, sept.-oct. 1924, n° 8.

Sérieux qui a bien voulu nous permettre de l'observer, jeune femme présentant à la suite d'une frayeur, un tableau hypomaniaque révélateur d'un état anxieux sous-jacent. Nous saisissons l'occasion qui nous est donnée de déceler derrière un syndrome réalisant *au complet,* l'hypomanie, les nuances qui nous permettront de retirer ce cas de la psychose-maniaco-dépressive ainsi que des autres états psychologiques reconnus dans la classification psychiâtrique, pour le placer dans le cadre des manifestations morbides liées au trouble de l'expression des émotions. Malgré les apparences, nous trouverons intact le noyau de l'affectivité — affectivité *profondément* douloureusē, — en concordance qualitative avec l'émotion pénible qui l'a rendu telle :

Madeleine B..., employée de banque, âgée de 27 ans, entre à l'asile le 9 juin 1925, pour un état confusionnel, elle se présente avec l'aspect égaré, les cheveux épars, une mimique mobile et variable d'un instant à l'autre. Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace.

L'attention est instable. L'agitation assez vive donne plutôt l'impression d'un *énervement* extrême ; la malade change constamment de place dans son lit, comme si elle était *gênée.* On remarque de l'anxiété diffuse, panophobique. Madeleine manifeste de la frayeur dès qu'on l'approche. « Ne me touchez pas, vous allez me couper en morceaux. On m'a coupée en morceaux, vous le voyez bien, on me pique, on me pince, on me brûle, on me donne des coups dans le dos, on va me tuer, je vais mourir. »

A certains moments, la mimique devient franchement hallucinatoire et onirique. Debout sur le lit ou à genoux, la malade semble écouter et répondre à ceux qui lui parlent. Mais les troubles psycho-sensoriels possibles ne se manifestent pas autrement.

Du reste, au milieu de cette anxiété, on note une légère discordance, elle exprime parfois ses souffrances au milieu d'éclats de rire auxquels succèdent rapidement des larmes et des sanglots.

A toutes les questions, la malade répond à côté. Le syndrome de Ganser est assez net, mêlé par intervalles d'écholalie passagère qui semble prouver une certaine distraction ou un besoin de dérouter celui qui interroge.

On note un léger état fébrile (37°8). La langue est sale, les lèvres sèches, l'haleine un peu fétide.

Cet état de confusion persiste pendant une huitaine de jours, en s'atténuant peu à peu. L'anxiété diminue, la malade est plus présente, commence à s'orienter. « Elle est ici dans un hôpital de fous, on n'aurait jamais dû l'amener ici. Son mari l'a abandonnée. C'est très mal de sa part. Sa mère aussi l'a abandonnée..., elle ne veut plus les voir... »

Peu à peu, elle devient maniaque. L'attention est extrêmement mobile, sans cesse en éveil. La malade ne perd rien de ce qui se passe dans la salle répond aux conversations de toutes les malades, se lève pour regarder ce qui se passe, fait des commentaires et des remarques, critique avec ironie les médecins, les infirmières, la nourriture, etc. Le visage est animé, la mimique vive, mouvante, maniérée, affectée et coquette. La malade s'agenouille et se dresse sur son lit, grimace, tire la langue, fait des pieds de nez, rit, pleure, chante, émiette et jette le pain sur le parquet, a parfois des impulsions violentes (voulait jeter une assiette à la tête d'une infirmière).

Depuis son entrée, elle s'alimente mal, manifeste du dégoût pour la nourriture qu'elle juge détestable, grignotte les aliments.

C'est à ce moment, que *sa mère* nous fournit sur l'origine de la maladie, les détails suivants :

La malade, mariée depuis quatre ans, avait un amant depuis un an. Elle voulait se séparer de son mari pour vivre avec son ami. Le 1er novembre, au soir, elle fait part à son mari de son intention de le quitter et lui avoue son infidélité. Celui-ci entre dans une violente colère, mais devant le repentir qu'elle manifeste alors, lui pardonne. Ils passent une partie de la nuit dans les larmes. Au réveil, pris de fureur, il décroche une épée d'une panoplie (il est ancien maître d'armes), et s'avance pour la tuer. Se retournant au moment où il allait l'atteindre, elle l'aperçut avec son épée, poussa un cri et se jeta à ses pieds pour le supplier de l'épargner. Ce qu'il fit. Elle se réfugia alors chez sa tante et le soir même manifesta les premiers signes de troubles.

Interrogée au sujet de cet événement dramatique que nous tenons de sa mère la malade ne s'en souvient pas, dit-elle. Cependant quelques jours plus tard, le 20 décembre, elle dit se rappeler une discussion avec son mari.

« Il y a eu une discussion, je ne sais pourquoi... Je ne sais pas, il aurait dû me protéger... » Peu à peu, cette amnésie se dissipe. Le 29, elle se souvient de la scène, de la menace du mari, de l'épée, du cri qu'elle poussa...

Mais, à partir de ce moment, dès qu'on aborde le sujet de son mari, de son infidélité et de ses suites, elle se réfugie dans l'agitation, les cris, les grimaces, se cache la tête sous l'oreiller, couvre son visage de ses cheveux, pleure, rit, se met en colère, prend des mines tantôt fâchées et courroucées, tantôt plaisantes et amusées. Elle s'enfuit dans des réponses à côté. « Ne me touchez pas, de quel droit me touchez-vous... je ne veux plus vous voir. »

Parfois, ses gestes traduisent du reste un fond de frayeur. Elle repousse de la main l'interlocuteur, se cache sous les draps.

En dehors des insatnts où on l'interroge, l'excitation hypomaniaque persiste. On note quelques propos traduisant symboliquement la tentative de meurtre du mari et la gêne où la mettait sa situation fausse. « On m'a coupée en morceaux... Je croyais que mon mariage était un mariage blanc... Je ne suis pas madame, je suis mademoiselle, je veux qu'on m'appelle mademoiselle... Ne me parlez plus de mon mari..., c'est un rêve..., n'en parlons plus. »

Il semble qu'elle transpose contamment, qu'elle décrive l'émotion et l'ennui provoqués par nos questions sur le clavier de l'excitation. A d'autres moments, on observe les décharges anxieuses paroxystiques, avec larmes, impulsions violentes...

L'état général s'est amélioré, mais traduit cependant un reliquat de toxi-infection légère.

⁂

L'agitation motrice, l'exaltation de l'humeur, l'euphorie, l'excitation psychique avec troubles de l'attention, fuite des idées, etc., nous mettent en présence d'un état maniaque ou hypomaniaque, le fait est indiscutable. Mais quelques touches particulières en font un syndrome à part qui doit pouvoir être distingué des états maniaques intermittents ou symptomatiques d'autres affections. Mais auparavant, passons en revue certaines hypothèses :

L'état de vague dans les idées, la succession rapide de l'ironie, des rires et des larmes avec l'anxiété, le

maniérisme, le pseudo-négativisme et le symbolisme pourraient incliner à envisager un état discordant par quoi débuterait une démence précoce. Mais nous n'avons pas affaire à une malade indifférente. La persistance, l'exagération même de l'affectivité, l'intégrité actuelle du fond mental permettent d'écarter ce diagnostic.

D'autre part, la variabilité et la mobilité des symptômes au début de la maladie plaideraient en faveur d'une bouffée délirante chez une prédisposée. Nous avons vu qu'on ne peut déceler, d'après les renseignements de la mère, ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels. D'autre part, les idées délirantes, assez pauvres, ont toujours montré une certaine fixité en rapport avec le choc émotionnel initial. On est alors amené à se demander s'il ne s'agit pas là de névrose émotive ou d'hystérie. Le Professeur Claude a eu le grand mérite de séparer nettement ces deux états. Lorsque, par suite d'un traumatisme physique ou moral, l'émotion se transforme en une exaltation permanente de l'émotivité, mais « ayant la forme que revêt l'émotion normale » (Claude) on peut parler de névrose émotive. Ainsi on a des troubles vaso-moteurs, moteurs, viscéraux, secrétoires et psychique (névrose d'angoisse), c'est en somme des caricatures d'émotion auxquelles nous assistons. Il ne saurait s'agir de névrose émotive dans le cas qui nous occupe. Le tableau morbide, loin de réaliser pathologiquement l'émotion, essaie de la faire oublier et de la chasser, d'où fonction d'un état maniaque, ou hypochondriaque, camouflage conditionnel, camouflage imparfait, puisque l'anxiété originelle ne cesse de se manifester derrière les symptômes pittoresques. S'agit-il alors d'hystérie ? Le problème est délicat. La présentation de la malade fait évidemment songer, surtout à certains moments, à l'hystérie, mais plus à l'hystérie au sens vulgaire du mot qu'à l'hystérie proprement médicale. On ne trouve d'ailleurs aucun des stigmates habituels de la névrose : ni troubles antérieurs, ni signes psychiques, ni suggestibilité des syndromes. On ne peut parler d'état second chez une

malade dont la personnalité consciente et inconsciente a été envahie par l'émotion et a réagi toute entière.

L'état actuel ne peut être considéré comme un résidu confusionnel, parce qu'il faudrait pour expliquer une telle agitation confusionnelle, une obnubilation de la conscience, un désordre des associations d'idées, une lenteur et une incertitude des processus intellectuels qui n'existent plus à l'heure actuelle. Le délire dans la confusion mentale se développe à la faveur de cet état confusionnel. Or ce dernier a cessé d'être manifeste et il n'existe pas de délire à proprement parler, mais certaines craintes légères, en rapport avec l'anxiété. On pourrait plutôt parler des *associations confusionnelles* de Régis et ses élèves où la manie peut succéder dans certains cas à des confusions mentales et où la confusion mentale et la psychose maniaque ne se combinent jamais entièrement. Cette hypothèse est fort plausible. Peut-être Régis a-t-il observé des cas comparables au nôtre. En tous cas, l'intérêt de notre étude paraît résider dans l'extériorisation sous forme de manie d'une émotion qui n'a pas réalisé ses fins normales dans la personnalité physiologique et psychologique.

⁂

Bien que les auteurs soient nombreux qui n'admettent pas les états mixtes de Kraepelin tout en admettant la psychose maniaque dépressive, nous devons à leurs partisans de discuter cette hypothèse. Plusieurs objections nous paraissent importantes. C'est, d'une part, l'absence de toutes tendances cyclothymiques chez cette malade, de toutes manifestations d'intermittences. D'autre part, l'apparition des troubles morbides immédiatement après une émotion forte avait imposé la notion de causalité. D'un autre côté, parmi les premiers symptômes, ce n'est pas de la dépression qui s'est manifestée, mais de la confusion mentale avec obnubilation, désorientation, léger état fébrile. A l'heure actuelle, le tableau clinique est assez nettement maniaque ou hypomaniaque, et si

nous nous attachions à rechercher le contenu psychologique de certains symptômes délicats, il est probable que Kraepelin lui-même porterait le diagnostic de manie et rejetterait l'hypothèse d'un état mixte.

Chaslin dit bien qu'admettre la notion de l'état mixte, c'est affirmer pour la manie l'humeur joyeuse, alors que c'est d'instabilité émotionnelle qu'est faite cette affection. Peut-être Kraepelin ferait-il rentrer notre malade dans le vaste cadre de la maniaque-dépressive où il a décrit des manies avec confusion. Mais, dans ce cas, la confusion est secondaire à la manie et ne la précède pas, ainsi qu'il est arrivé dans notre cas. D'autre part, l'argument étiologique conserve ici toute sa force.

La notion d'un choc émotif initial est prépondérante encore que l'importance du choc sera mesurée à la fragilité du terrain. De plus, des intermittents avérés font parfois un nouvel accès à l'occasion d'une émotion. On recherchera donc la constitution individuelle et la valeur de l'émotion.

On nous objectera cependant que le maniaque pleure souvent, a des idées tristes, des révoltes contre son sort et qu'il est classique de décrire une anxiété maniaque en rapport chronologique avec les signes d'excitation. Et cependant l'émotion pénible du maniaque vrai est « variable, transitoire, démonstrative, expansive, hypersthénique... elle est en rapport avec l'agitation désordonnée, la mutabilité foncière des processus mentaux qui spécifient l'état maniaque. A la fuite des idées et des mouvements s'associe la *fuite des sentiments*, aussi bien gais que tristes, aussi bien auxieux que joyeux » (Logre et Devaux). Précisément non, l'émotion pénible dans nos états n'est pas variable : C'est la même qui revient toujours ou tout au moins c'est elle, l'inspiratrice des variantes. Elle n'est pas en rapport avec l'agitation, elle vient au contraire au milieu d'elle sans être invitée, en intruse. *Fuite des sentiments ?* Bien au contraire le même ordre de préoccupations assaille la malade et vient donner à son anxiété un thème toujours identique. S'il y a fuite des sentiments, ce sont alors des sentiments

indifférents, superficiels, mais le ou les sentiments générateurs de l'anxiété sont solidement ancrés dans la personnalité et triomphant de l'exaltation maniaque, ne se laissent pas emporter par elle.

Les thèmes délirants ont les mêmes caractères. Ils résistent à la fuite des idées et témoignent du même ordre de préoccupations. Ils sont, la plupart du temps, en rapport avec l'émotion originelle, encore qu'il soit nécessaire de rechercher leur valeur derrière des expressions symboliques. Les idées délirantes sont tantôt nettement euphoriques (érotiques, de grandeur, de satisfaction), et réalisent une défense, une « compensation », contre le choc affectif, tantôt pénible, en rapport avec les manifestations anxieuses : craintes de persécution, frayeurs morbides, etc. Notre malade se sent électrisée. On l'a coupée en morceaux, etc... Réminiscence délirante de l'épisode, au cours duquel son mari l'a menacée de son épée.

Le symbolisme délirant peut avoir tendance à réduire la réalité effrayante, à lui mesurer l'espace. Dans notre cas, il tend à la replacer dans le rêve. « Ce n'était qu'un rêve » dit Madeleine. J'avais toujours pensé que mon mariage était un mariage blanc. » Ce symbolisme vise encore à transposer dans le domaine de la fiction les événements pénibles : « On m'a coupée en morceaux, on m'a électrisée. »

La manie d'origine émotionnelle débute souvent par un épisode confusionnel. Il ne peut s'agir de confusion avec excitation, car la confusion cède très vite, pour laisser la place au bout de quelques jours à l'état maniaque.

Précisément parce que l'état maniaque s'installe après un épisode confusionnel, le sujet garde souvent les traces physiques d'une toxi-infection, même légère et présente à un degré moindre que le maniaque l'aspect florissant, le teint animé, l'insensibilité générale, apparente, la résistance au froid et au chaud, l'augmentation des sécrétions, etc. C'est sans doute schématiser les choses à l'excès, mais il semble cependant que l'état physique du maniaque post-émotionnel va en s'améliorant du début vers la fin de l'accès, tandis que

celui du maniaque vrai, satisfaisant au début de l'affection, présente souvent des signes d'épuisement vers la fin de l'excitation.

Certes le besoin d'activité, est intense et ce qui est à remarquer, c'est que le *besoin* d'activité l'emporte souvent sur l'activité elle-même, alors que l'hypomaniaque vrai constate qu'il aime l'action une fois qu'il a agi, l'hypomaniaque post-émotionnel a plutôt tendance à décider avant d'agir et multiplie ses décisions. Certes, il ne tient pas en place, fait des courses désordonnées, crie, chante, tempête, fait des achats, prodigue les cadeaux, se montre avide de relations nouvelles, accepte toutes les invitations, prépare des fêtes, des plaisirs. Le carnet de son emploi du temps est rempli de projets, de promesses, il est débordé. Il veut jouir de toutes les choses à la fois. Ainsi, il ressemble à l'hypomaniaque vrai. Mais alors que ce dernier non seulement exprime toute la joie de vivre, mais la réalise en refusant par exemple de dormir pour ne pas perdre un seul plaisir, en imposant son bonheur à l'entourage, en s'irritant dès que quelqu'un semble ne pas le partager, l'autre termine souvent sa journée par des crises de larmes et de désespoir, qui semblent contraster avec l'apparence de bonheur du tableau clinique et qui apparaissent comme des « ratés », dans cette sorte d'évasion affective réalisée par l'exaltation maniaque. En effet, sans provocations aucune de la part de l'entourage, sans suggestion, sans instabilité vraie de l'état affectif, on voit des signes d'anxiété plus ou moins fugaces apparaître. Ce sont des larmes, des gémissements, des sanglots, des tremblements, des frissons, de l'agitation dans les mains, des frayeurs, des besoins subits de réconfort et de caresses. On ne peut dire qu'il y ait anxiété et euphorie surajoutée. Il y a, en général, une anxiété transformée en joie, mais avec des imperfections, dans la facture du drame et dans la réalisation scénique. C'est l'inexpérience de la joie.

C'est que l'humeur de ces états maniaques post-émotionnels est bien spéciale. L'euphorie ne semble pas comme chez le maniaque vrai à base d'optimisme. C'est

une sorte d'euphorie noire, d'euphorie sombre, une euphorie souvent *affectée, outrée,* d'où une certaine pose, un certain maniérisme d'attitudes, des grimaces et des rires forcés qui parfois sonnent faux. C'est, pourrait-on dire, le drame de la joie que joue le malade. Nous répétons : que joue le malade. Voulons-nous dire qu'il entre dans ces faits une part de mystification. Oui ? Mais si le sujet nous mystifie, il se mystifie lui-même, il trompe sur le vrai sens de sa joie apparente, mais il s'abuse lui-même et il agit comme s'il était vraiment heureux. Bien entendu, le symptôme maniaque ou hypomaniaque n'est pas simulé. Le malade répond en maniaque parce qu'il l'est et sa volonté n'est pour rien là-dedans. Mais dans ces symptômes maniaques même, il existe des nuances psychocliniques propres à en déceler l'origine émotionnelle et à côté d'une part inconsciente prépondérante, il existe des éléments de jeu, de maniérisme, de mystification, des réponses et des gestes à côté, une réticence prolixe qui apportent la part plus ou moins consciente, plus ou moins volontaire, de la personnalité affective.

Un fait bien particulier chez Madeleine et chez les malades de ce genre, c'est une volonté de joie, volonté certes plus ou moins consciente dans le sens où Freud entend le terme « volonté de maladie », traduisant une réaction de l'organisme et de l'automatisme en même temps qu'une défense du psychisme supérieur. Cette volonté de joie tire sa preuve des moyens employés pour chasser tout ce qui peut nuire au triomphe de l'euphorie. Le sujet lutte contre l'intrusion étrangère dans le domaine des émotions pénibles. La réticence est l'une de ses meilleures armes. Elle a du reste plusieurs cordes à son arc : mutisme, réponses à côté, gestes à côté, distraction feinte, bouderie, dégoût, etc. Le malade accepte tout ce qui exalte et multiplie les joies, les plaisirs. Il se dérobe à l'indiscret qui fait un rappel des éléments douloureux. On s'approche d'une malade, on l'interroge sur sa vie affective. Aussitôt elle arrange son oreiller, se recoiffe : « Mon lit est défait. Comme je suis mal coiffée... Attendez. » Elle multiplie les prétextes de fuite. Elle prétend qu'on

l'attend, ou bien qu'elle a la diarrhée, qu'elle doit se retirer. Tous les moyens lui sont bons. Elle s'écarte avec dégoût. « Ne me touchez pas... vous me délaissez. » Elle tourne le dos, ou bien elle joue la distraction, en s'occupant à quelque chose qui semble l'accaparer. « Ah ! pardon, excusez-moi, nous dira-t-elle, je n'avais pas fait attention. » Elle détourne la conversation, change de sujets, ne veut pas qu'on parle d'elle. « Je ne suis pas intéressante, argue-t-elle, parlons plutôt de vous. » Et elle s'embarque dans un discours. Nous sommes en pleine roublardise. Le jeu de l'enjouement est une forme de réticence qu'il faut connaître. Parfois une activité diffuse, mal ordonnée, mille gestes ébauchés et inachevés, traduisent non seulement la réticence, mais l'énervement, un état d'où naîtra la mauvaise humeur : derrière lequel se cache la crainte d'être interrogée, devinée.

La malade cherche alors un dérivatif dans une contre-offensive. Elle est espiègle, taquine. Vous insistez. Elle ironise et l'ironie se fait acerbe. La lutte devient plus âpre. L'acrimonie, la méchanceté, la cruauté dans les propos, vous aviseront que la malade se défend *unguibus et rostro*. Un pas de plus, c'est la colère, l'ironie cinglante se mêle aux violences. Les paroles sont grossières, ordurières, la malade vous crache à la face. Vous sortez et revenez le lendemain : Une *certaine rancune* marque souvent les états d'excitation atypiques liés aux émotions. La colère, l'ironie présentent une certaine *fixité*. Au milieu d'une euphorie bruyante, on vous accueille avec des crachats et des injures.

En somme, si nous tenons compte des gestes et de l'attitude dans l'étude de la *réticence émotionnelle*, nous voyons qu'il y a place — par analogie avec le symptôme de Ganser — pour un *symptôme des gestes à côté*, d'une importance clinique toute particulière. Certes, répétons-le, il se rattache par bien des côtés à la réticence, mais procède également du fond maniaque. Nous voulons dire qu'il peut y avoir tantôt gestes à côté, tantôt fuite des actes, fuite des geste. Les gestes furieux, irrités, la violence, la sputation, la résistance

sont une forme de négativisme et d'opposition, mais sont un moyen de lutte direct, non détourné.

Parmi les gestes à côté, notons l'*acte à rebours* qui consiste à faire le contraire de ce qu'on demande au sujet pour dérouter le médecin. Là, il s'agit vraiment de *feinte*. Le geste tient lieu de réponse et de réponse indirecte. C'est une façon d'éluder la question en faisant diversion. Le sujet modifie tantôt une partie de sa toilette, tantôt une partie de la toilette des autres. Ou bien son attention se porte sur des objets indifférents. L'un refait son lit. L'autre demande sa montre. Tantôt encore le malade semble accaparé par un acte dont il paraît ne pas pouvoir distraire son attention : au moment où on l'interroge, il continue l'acte commencé comme s'il n'avait pas entendu. Parfois, il feint de ne pas être satisfait de ce qu'il vient d'accomplir : il refera dix fois son nœud de cravate, une femme se recoiffera plusieurs fois, etc... Mais ne craignons pas de le redire encore pour éviter toute confusion, ces gestes à côté demandent psychologiquement à être mis à part de la fuite des actes, bien qu'ils se mêlent dans le tableau clinique.

Un moyen de discrimination entre ces symptômes comparables, c'est que les gestes à côté sont *provoqués*, alors que la fuite des actes est quelque chose de spontané, de gratuit, pourrions-nous dire. Le geste à côté est une réponse, une réponse réticente, destinée à dérouter le chercheur. On le voit apparaître à l'occasion d'une investigation, d'une question jugée indiscrète. Dès que paraît le médecin, il arrive que ces sortes de malades lui tournent délibérément le dos, feignant de ne l'avoir pas aperçu.

Sans vouloir amorcer ici l'étude des amnésies ou des pseudo-amnésies d'origine psychique, rappelons que Madeleine se sert de ce symptôme dans sa réticence. Si elle avait oublié certains faits qui ont déterminé sa frayeur, nous mettrions volontiers cette amnésie sur le compte de la confusion, mais ces oublis sont passagers, contradictoires. On prend aisément le malade en flagrant délit de mensonge et de simulation. Notamment quand elle dit être « Mademoiselle » et non

« Madame », quand elle cherche sans le trouver le nom de son mari ou qu'elle répète inlassablement quand on lui parle de son mariage « C'est un rêve ».

Une autre malade disait avec astuce à l'un de nous : « Tiens, c'est curieux, je ne me souviens plus. » Dans certains cas, il y a demi-sincérité, dans d'autres sincérité absolue, amnésie vraie mais passagère si elle est vraiment d'origine psychique, plus durable et souvent irrémédiable si elle est liée à la confusion du début ; en général les souvenirs reparaissent quand l'émotion a fait son œuvre et a épuisé son potentiel dans les symptômes morbides.

Le symptôme de Ganser ou des réponses à côté est un signe habituel de ces états maniaques post-émotionnels. Tantôt la réponse à côté est un mensonge conscient, tantôt elle consiste en réponse évasive, ambage, calembredaines, circonlocution, diversion, faux-fuyant, maniérisme d'expression ou de syntaxe. Tantôt elle marque une forte distraction par suite de la concentration affective et c'est en quelque sorte l'ébauche d'une dissociation psychique passagère.

Marie-Louise que nous citions plus haut et dont l'un de nous a rapporté l'observation avec le Professeur Claude, répondait par exemple à la question : Etes-vous heureuse ?

— Mes joies sont comme mes peines : concentrées. C'est pas du lait condensé.

— Pourquoi êtes-vous si contente ?

— Dame ! puisque je suis à Ste-Anne, c'est de voir les miens (allusion au chagrin qu'elle ressentait de ne pas voir ses enfants).

— Avez-vous des ennuis ?

— Oui, la réverbération du soleil. Quel bec de gaz !

— Vous avez le certificat d'études ?

— Je n'ai besoin de rien.

— Depuis quand êtes-vous divorcée ?

— La date, c'est insignifiant. Vous voulez m'épouser !

— Il est difficile de converser avec vous.

— Ah ! nous sommes au conservatoire.

— Où habitez-vous ?

— (réponse fausse). Dans les baraques Vilgrain.

On se souvient qu'elle avait été menacée d'un revolver par un individu qui voulait l'épouser.

L'un de nous lui avait demandé :
— Ne vous a-t-on pas menacée d'un revolver ?
— On a tiré loyalement. C'est moi qui ai tiré le cordon.
— Mais le jeune homme au revolver ?
— S'il l'avait à la main, il ne l'avait pas aux pieds.
— Vous viviez en bonne intelligence avec votre mari ?
— Ça va, à la 26e compagnie ?
— Pourquoi ne pas répondre clairement ?
— Je ne m'appelle pas Philomène, fais donc attention.

Ces réponses à côté contrastaient avec des réponses pertinentes quand il s'agissait de sujets étrangers à Marie-Louise et il semble bien que des éléments d'hypomanie, de réticence en rapport avec l'émotion originelle, de dissociation psychique, semblaient s'être combinés pour produire le symptôme de Ganser. Ce symptôme était un essai de lutte. Il faisait écran à l'égard des représentations mentales apparaissant à la trop vive lumière et c'est ce qu'on observe d'ordinaire dans les états maniaques d'origine psychique.

De sorte qu'en présence d'un état maniaque atypique, quand on aura éliminé les affections dans lesquelles on peut rencontrer le tableau maniaque avec certaines anomalies : D. P., P. G., etc., etc., on devra songer à l'hypothèse d'un état maniaque d'origine psychique. On se basera sur son ensemble de nuances psycho-cliniques, révélatrices du choc affectif, colorées par lui, qu'on trouvera mêlées en proportions diverses à l'état maniaque ou hypomaniaque imparfait atypique. Contentons-nous de les rappeler. Ce sont, outre l'anamnèse, l'état général précaire lié à un reliquat confusionnel, l'anxiété paroxystique, des frayeurs, un groupe d'émotions pénibles apparaissant par intervalles et contrastant avec la fuite des sentiments du maniaque vrai, la fixité et le symbolisme des thèmes délirants, le *besoin* d'agitation prédominant sur l'agitation elle-même, le factice de l'excitation, l'euphorie sombre (drame de la joie), le maniérisme, les éléments de discordance, le jeu, la *réticence émotionnelle,* le symptôme des réponses et des gestes à côté, l'amnésie psychique, l'ironie hostile et fixée, la rancune, etc.

⁂

Soyons sages, réservés, modestes. Nous sommes sûrs que sans l'émotion pénible initiale, nous n'aurions pas eu cette exaltation, cette exubérance, cette joie souvent imparfaite et qui sonne faux, à laquelle des décharges anxieuses viennent rappeler qu'elle est fille de ce choc émotif. Que voulons-nous ajouter en dehors de ces constatations objectives ? Qu'il y a dans ces cas une légère régression de l'activité mentale à la faveur de laquelle se donnent libre cours des processus élémentaires non contrôlés et que ces manifestations ne sont pas étrangères au *syndrome de jeu, l'activité mentale de jeu* (1) récemment mis en valeur par Toulouse et Schiff ? Sans doute. Mais ce n'est qu'un élément du problème. En présence d'accès d'excitation et de rire après une émotion qui normalement devrait faire jaillir les larmes, faut-il avec Dromard invoquer la communauté des centres nerveux du pleurer et du rire et parler d'un trouble de l'inhibition, les centres d'expression cessant d'être soumis à l'action des zones corticales ? Nous n'aurons qu'une faible explication sur une faible partie de la question. A propos d'un tel problème Raymond et Janet (2) parleraient dun phénomène de *remplacement*, de *substitution*, de *dérivation psychologique*. « Les choses se passent comme si la tension nerveuse étant insuffisante pour produire un phénomène d'ordre élevé, l'effort provoqué par l'excitation se dépensait en phénomène d'un ordre inférieur ». Dérivation certes, car il ne suffit pas de dire ici avec Logre et Devaux que « l'intensité de l'exaltation émotive pourrait faire croire à un état hypomaniaque ». Ce n'est pas une simple exaltation anxieuse et s'il s'agit dans une certaine mesure « d'éréthisme psychomoteur et de mentisme de nature émotive et anxieuse » le tableau réalisé n'est pas d'une excitation émotive portée à son comble. Il y a transposition, métamorphose.

(1) Toulouse et Schiff. — Syndrome de jeu et activité mentale de jeu. *S. C. M. M.* 20 avril 1925.

(2) Raymond et Janet. — *Les obsessions et la psychasthénie.* T. II.

Sans invoquer les vues formalistes de Freud et en laissant à la personnalité inconsciente l'obscur soin d'une « volonté de maladie », à quelle affection mieux qu'à cette hypomanie transposant sur le mode euphorique un état affectif pénible, pourrait-on appliquer la célèbre formule « refuge dans la psychose ». Le brusque, le brutal changement des circonstances extérieures exigerait une modification correspondante aussi rapide, instantannée de l'équilibre affectif. Cette modification s'opère à travers le désordre et le trouble. Rupture momentanée dans la synthèse de la personnalité et par la brèche ainsi faite, libération des automatismes, encore accrue du fait de l'état confusionnel, et peut-être déclanchée par lui. Ces évasions hypomaniaques réalisent l'adaptation morbide à une réalité difficile, délicate. Cependant les symptômes maniaques purs, s'ils témoignent, et c'est évident, d'une réaction de l'organisme, il serait puéril et osé de les considérer comme un moyen de défense pratique de la personnalité. Autrement dit, la manie n'est pas ici une compensation psychologique. Bien au contraire, ce sont les signes plus délicats mêlés aux signes maniaques et parfois se confondant avec eux sur lesquels nous avons attiré l'attention comme révélateurs de la charge émotionnelle sous-jacente, ce sont ces signes plus ou moins conscients et volontaires qui montrent le malade en voie de réadaptation, de réorganisation de sa vie sociale et affective, ébranlée, démolie. Comment n'y aurait-il ni hésitations, ni tâtonnements ? La difficulté à retrouver son équilibre affectif provoque la colère, les pleurs et parfois une sorte de révolte orgueilleuse avec dédain, sentiment de la supériorité sur le milieu. Il existe aussi une revolte contre l'injustice de son aventure, du dégoût. Elle ne veut plus entendre parler des personnes qui ont été mêlées à son histoire : son mari, son amant, sa mère. Elle parle de « rêve ». On dirait même d'une amnésie. Toutes ces manifestations sont la *part humaine*, la part douloureuse de ce tableau où domine une joie trompeuse, une joie indiscutablement morbide. Ces manifestations, véritables imperfections, vérita-

bles taches du syndrome hypomaniaque prouvent l'intégrité foncière de la personnalité un instant troublée et ravie à elle-même. Le grain de l'affectivité n'est pas altéré. Les signes hypomaniaques n'en sont que les brins de paille qu'emportera le vent de la guérison, alors que le grain restera intact.

Discussion

M. P. Dumas. — En présence d'un accès maniaque sans commémoratifs, le diagnostic serait-il possible entre un syndrome maniaque ordinaire et une manie d'origine émotive.

M. Cénac. — Il serait difficile. Cependant nous avons essayé de mettre en évidence dans notre exposé quelques éléments particuliers au syndrome maniaque émotionnel.

M. Santenoise. — Est-il bien légitime de distinguer les états maniaques dits « psychogènes » des autres ? M. Cénac nous a décrit chez son malade d'abord un état confusionnel puis un état maniaque. Parfois on peut déceler avant l'état confusionnel toxique de la vagotonie progressive avec subexcitation maniaque ou subanxiété. Dans le cas présenté les deux syndromes confusionnel et maniaque peuvent résulter du mécanisme physiologique de l'émotion qui peut être considéré comme une véritable auto-intoxication. Oswald a montré que lorsque l'hormone thyroïdienne est en excès l'excitabilité du système nerveux est augmentée.

M. P. Dumas. — Le terme « psychogène » est employé par M. Santenoise dans le vrai sens étymologique et signifie « d'origine psychique ». Ce détail terminologique doit être souligné puisque certains mots de formation identique tels que pathogène ont en français un sens contraire à l'étymologie.

D'autre part, je suis d'accord avec M. Santenoise sur l'importance de l'aspect physiologique de l'émotion qui peut provoquer des troubles mentaux par mécanisme autotoxique. Mais, pour d'autres syndro-

mes mentaux, dits psychogènes, tels que les psychoses des prisonniers, le mécanisme physiologique est moins apparent.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Nous admettons tous avec M. Santenoise que les troubles mentaux ont un aspect physiologique. La constitution de syndromes maniaques d'origine émotive n'en est pas moins intéressante au point de vue clinique.

La séance est levée à 18 heures.

La notion d'incurabilité en aliénation mentale d'après l'art. 1569 du code civil allemand

par le Dr A. PRINCE (de Rouffach) (1)

On sait que, selon cet article, le divorce, sans faute de la part des conjoints, est admis pour cause d'aliénation mentale durant depuis 3 ans pendant le mariage et présentant un degré tel que la communauté intellectuelle conjugale se trouve supprimée et n'offre plus aucune chance de rétablissement ultérieur. Au point de vue économique, l'époux qui a obtenu le divorce est tenu de subvenir à l'entretien du conjoint malade.

Les raisons sociales qui ont motivé cette disposition légale sont bien connues ; sans elle, des situations irrégulières et difficiles ne peuvent être régularisées, alors que dure l'existence souvent purement végétative d'un conjoint, et qu'en réalité, toute union méritant le nom de mariage a cessé depuis des années.

Un distingué magistrat d'Alsace-Lorraine, ayant exercé de nombreuses années, avant la guerre, m'écrivait récemment qu'il faut toujours prendre les hommes tels qu'ils sont et non tels qu'ils devraient être, et établir les institutions légales en conséquence. Le vieil adage du droit romain est encore valable : *lex statuit*

(1) Cette communication annoncée au dernier Congrès des Aliénistes et Neurologistes n'a pu être lue faute de temps.

de eo quod plerumque fit. Si dans un cas sur cinquante divorces prononcés pour cause d'aliénation mentale — mettons deux cas pour être larges — l'incurabilité a été admise à tort, si le malade guérit ou s'améliore et souffre de la séparation prononcée, est-ce là une raison suffisante pour river sûrement 48 malheureux à des êtres « uniquement végétatifs » ?

Tous les droits modernes admettent la déclaration d'absence de personnes disparues depuis un certain nombre d'années après une guerre ou autre catastrophe générale ; le conjoint de la personne disparue peut alors se remarier. Or, il arrive de temps à autre que les prétendus morts reparaissent. En Alsace, notamment, les journaux ont cité différents cas de soldats prisonniers en Russie qui sont revenus plusieurs années après la guerre dans leurs villages, généralement de Sibérie, alors que leurs familles ne portaient plus le deuil depuis longtemps. Voudrait-on que, pour ce motif, on empêchât cent mille veuves de guerre de se remarier, le corps du mari disparu n'ayant pas été retrouvé ?

D'après la jurisprudence et les commentaires allemands, il n'est pas nécessaire que la disparition de la communauté intellectuelle ait lieu pendant tout le délai des 3 ans. Il suffit que cette disparition existe au moment du jugement. De plus, et seulement à ce moment aussi, toute éventualité de rétablissement de la communauté intellectuelle doit avoir disparu. Le divorce n'est donc pas recevable, même lorsque l'éventualité d'une complète guérison étant exclue, persiste l'éventualité d'une amélioration rendant possible dans l'avenir la communauté intellectuelle des époux, cette amélioration ne fut-elle que de courte durée (Lenel, p. 218).

Dans le cas suivant où j'avais fait les plus légères réserves sur la possibilité d'une amélioration temporaire, au surplus non susceptible de rétablir la communauté intellectuelle, le divorce n'a cependant pas été prononcé. (Le tribunal comprenait des magistrats ayant exercé sous la domination allemande).

Voici le certificat rédigé sur cette malade : « Mme B... est atteinte de démence précoce avec affaiblissement des facultés intellectuelles, accès de légère excitation, variabilité de l'humeur, indifférence habituelle, rires immotivés, monologues incohérents, désorientation intermittente, mémoire défectueuse avec cependant îlots de souvenirs bien conservés, incapacité de suivre une conversation, jugement et autocritique insuffisants, gâtisme par intervalles. Cette malade est en traitement à l'asile depuis 4 ans. Du 12 février 1921 au 14 mars 1921, elle a bénéficié d'un congé de sortie à titre d'essai, mais son état n'était pas amélioré. Actuellement, son état mental, ci-dessus résumé, ne permet aucune communauté intellectuelle entre elle et son époux. Dans l'avenir, une amélioration reste possible, au moins temporairement, mais je ne pense pas que l'état mental de la malade devienne jamais tel que la communauté intellectuelle entre les époux puisse se rétablir. »

Le jugement fut prononcé le 6 août 1924 :

« ...attendu que le curateur de la défenderesse a conclu au débouté de cettte demande en contestant que la maladie mentale en question ait atteint le degré prévu par le dit article 1569, notamment sa prétendue incurabilité,

que les parties s'en sont référées à ce sujet au certificat détaillé délivré par le médecin de l'asile,

attendu qu'il est établi par ce certificat que la défenderesse souffre depuis environ 5 ans de démence profonde, et que son état a empiré au point d'empêcher toute communauté intellectuelle entre les époux,

mais que l'expert fait des réserves sur la question prévue également par l'art. 1569 de savoir si cette communauté ne pourrait pas être rétablie un jour par suite d'une amélioration qui pourrait survenir dans l'état de la défenderesse,

que cette réserve est, à la vérité, des plus légères et que sa réalisation semble fort peu probable,

considérant cependant que les conditions dudit art. 1569 doivent être interprétées strictement, étant donné

que le divorce pour cause de maladie mentale, exorbitant du principe général de loi qui subordonne le divorce à une faute commise par l'un des époux, n'est admis qu'à titre exceptionnel,

qu'à ce point de vue et quelque dur que puisse paraître en l'espèce, à l'égard du demandeur, l'obligation de rester attaché par les liens du mariage légal à un conjoint dont l'état ne permettra probablement pas la reprise de relations normales entre les parties, la demande de divorce ne peut être accueillie en l'état actuel, et tant que l'état de la défenderesse ne se révèlera pas comme étant nettement incurable... »

Le mari a fait appel de ce jugement. La Cour ne s'est pas encore prononcé.

Dans un cas analogue, en 1923, la Cour de Colmar a confirmé le jugement négatif du tribunal de 1re instance en se basant sur le fait suivant : le médecin mentionnait qu'un changement, qui n'était cependant pas une amélioration était survenu récemment dans l'état du malade.

Par contre, en 1922, la même Cour a cassé un jugement et a prononcé le divorce parce que le temps écoulé entre les deux jugements avait alors permis à l'expert de se prononcer radicalement pour l'incurabilité.

Ces quelques faits montrent combien la jurisprudence ajoute encore de prudentes garanties au texte de la loi.

Discussion

M. Trénel. — Les adversaires du divorce des aliénés opposent toujours des arguments sentimentaux (aussi valables à vrai dire en faveur du divorce qu'à son encontre) et non des arguments médicaux. Si, ailleurs, on a le droit de faire de ceci une question de sentiment, ici nous devons envisager les faits uniquement du point de vue clinique. Tout d'abord on n'a pas le droit de dire que la question ne peut être posée à des médecins, que ce n'est pas à eux d'en juger. Ecarter ainsi le débat est inadmissible. Si le sujet n'est

encore qu'à l'étude chez nous, il est jugé dans d'autres pays. A la suite de la communication primordiale de Filassier et Juquelier j'ai présenté (1) ici un rapport sur l'application de la loi sur le divorce des aliénés en Allemagne et j'y ai relaté nombre de faits qui démontrent amplement qu'une telle loi est applicable. J'en ai vu d'ailleurs l'application pendant l'année que j'ai passée à l'asile de Sarreguemines après la guerre. Mais ces cas sont relativement rares et je n'ai eu à intervenir que dans une seule affaire dont je n'ai pas su la conclusion.

Le grand argument soi-disant médical est que nous ne pouvons pas faire en toute certitude le pronostic d'incurabilité. Or, nous avons tous dans nos services une immense majorité d'incurables pour lesquels nous affirmons journellement cette incurabilité. Qu'on n'aille donc pas dire que nous ne pouvons pas faire de pronostics certains. S'il est vrai que les données pour cette affirmation n'ont pas une absolue certitude, il en est là comme de tout pronostic médical. En clinique journalière la terminaison de la maladie la plus bénigne, la plus connue peut venir donner un démenti au plus savant pronostiqueur. Mais, au total, l'erreur grossière est rare et l'inattendu est l'exception. Il est seulement vrai de dire que nous ne pouvons dresser un tableau définitif des éléments du pronostic et dans la majeure partie des faits, nous jugeons par comparaison avec les cas connus. La justesse de pronostic est une question de pratique. Les aliénistes français ne sont pas d'une autre essence que ceux des pays où le divorce est appliqué et qui se jugent capables d'expertiser dans de tels cas.

Je renvoie pour toute cette question à la polémique que souleva M. Parant à propos de mon rapport et aux réponses que je lui ai faites (2).

M. ARNAUD. — Cette question du divorce des aliénés a déjà été discutée en 1910. Je répète comme je l'ai dit

(1) *Annales médico-psychologiques*, sept.-oct. 1911.
(2) *Annales médico-psychologiques*, 1912, p. 57, f. II.

à cette époque qu'elle n'a rien de médical. On est partisan ou adversaire du divorce des aliénés seulement pour des raisons d'ordre moral ou social. La situation du conjoint d'un aliéné ne diffère pas de celle du conjoint d'un malade chronique quelconque. J'estime que cette question ne doit pas être discutée dans une société médicale.

M. DEMAY. — Sur les deux cas de divorce cités par M. Prince, je signale celui d'une démence précoce paraissant incurable et vivant dans un état de saleté déplorable. Cependant elle a guéri après 10 ans. Cette seule observation devrait résoudre la question par la négative.

M. TRÉNEL. — C'est un cas très exceptionnel. Un accident mortel par le chloroforme ne fait pas renoncer à l'anesthésie.

M. ARNAUD. — Si la question nous est posée par le législateur nous discuterons les conditions dans lesquelles le divorce pourra être accordé ; mais nous ne pouvons pas prendre l'initiative de proposer cette réforme.

M. ROUBINOVITCH. — Dans l'espèce les arguments d'ordre affectif sont très importants auprès des tribunaux. Je connais un cas dans lequel le divorce d'une aliénée a été refusé parce que la malade, en cas de divorce, aurait été privée des visites de son mari et des douceurs qu'il lui apportait.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Nous répétons la discussion qui a eu lieu ici-même en 1873. Les mêmes idées et les mêmes arguments avaient été opposés.

Les Secrétaires des séances,

BUSSARD et GUIRAUD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Kinésie paradoxale des Parkinsonniens. *Contribution à l'étude du mécanisme de la motilité volontaire,* par le Dr J. JARKOWSKI (*travail du Service du Dr Babinski,* 1 brochure in-8°, 80 pages, Masson et Cie édit., Paris 1925).

Etudiant sous ce nom proposé par M. Souques en 1921, non seulement les phénomènes de progression métadromique, mais les manifestations les plus variées de kinésie paradoxale, M. Jarkowski montre que tous ces faits, qu'il s'agisse de course, de danse, de parole, ou de mouvements du globe oculaire, sont bien du même ordre. Dans tous les cas, un sujet, non suspect de mauvaise volonté ou de simulation, qui semble complètement incapable d'accomplir certains actes, recouvre momentanément cette faculté sous l'influence des excitations extérieures ou sous l'action de causes qui nous échappent.

M. Jarkowski met en relief l'effet considérable de la stimulation souvent en disproportion manifeste avec sa cause, la correction absolue du mouvement exécuté, correction qui fait contraste avec la raideur habituelle du sujet, la courte durée de la kinésie paradoxale et le fait qu'elle se produit presque toujours d'une manière automatique (Tinel).

De l'examen des faits, M. Jarkowski se voit obligé de conclure que si, d'une part, les troubles parkinsonniens n'opposent pas un obstacle absolu à l'exécution des mouvements et si l'intégrité de l'appareil moteur d'exécution ne saurait expliquer la réduction de l'activité du malade, d'autre part l'examen psychique du parkinsonnien ne permet pas non plus de mettre en évidence des troubles de nature à expliquer son attitude. De plus, une série de phénomènes objectifs, et que la volonté paraît incapable de reproduire, démontrent l'origine physique des troubles.

Passant en revue les diverses théories du Parkinsonnisme, l'auteur estime que les théories d'après lesquelles les troubles parkinsonniens se réduiraient à une perturbation de la régulation du tonus ou à la suppression des mouvements automatiques et associés ne résistent pas à l'épreuve de la kinésie paradoxale.

De recherches poursuivies avec M. Babinski depuis 1913 il déduit une conception différente de la maladie de Parkinson.

Rappelant d'abord les travaux très intéressants de M. Babinski et de lui-même sur le rôle de la fonction des antagonistes, il précise les caractères qui distinguent la raideur parkinsonnienne des autres formes d'hypertonie, en particulier de la contracture pyramidale.

Le phénomène des antagonistes qui présente une analogie incontestable avec les réflexes tendineux, n'est pas par lui-même une manifestation pathologique. Le muscle est ici considéré non par rapport à un autre muscle ayant une action contraire, mais par rapport au déplacement d'un segment auquel ce muscle peut s'opposer. Chaque muscle de l'appareil locomoteur peut donc être appelé à jouer le rôle d'antagoniste.

Chez le parkinsonnien, ce phénomène des antagonistes peut atteindre un degré qui ne se trouve jamais à l'état physiologique. Il se produit plus rapidement, la réaction motrice est plus violente, un déplacement plus petit suffit à la provoquer. Il est facile de s'en assurer en comparant la réaction des deux côtés chez les Parkinsonniens unilatéraux.

Contrairement aux réactions tendino-réflexes ou idio-musculaires, le phénomène des antagonistes, surtout à l'état normal, paraît soumis à l'action de la volonté. M. Jarkowski estime nécessaire d'admettre l'existence dans les centres nerveux, d'un appareil spécial régissant la fonction des antagonistes (peut-être l'appareil cérébelleux avec intervention possible du système pyramidal).

Le phénomène des antagonistes, qui est à la base de la raideur parkinsonnienne, est un phénomène secondaire destiné, à l'état normal, à freiner certaines réactions trop brusques de l'organisme.

De plus, chez tous les Parkinsonniens se constate l'absence des réflexes à la douleur, fait d'autant plus remarquable que l'excitation est très bien ressentie et que les réflexes tendineux et cutanés ordinaires (plantaire, abdominal, etc.) sont plutôt vifs. M. Jarkowski émet l'hypothèse que ces

réflexes hyperalgésiques se déroulent dans les voies extra-pyramidales et ont leur centre dans les noyaux sous-corticaux, d'où leur suppression dans la maladie de Parkinson et leur exagération à la suite des lésions de l'écorce.

Ce sont ces réactions affectivo-motrices qui paraissent à l'état normal s'opposer à la fonction des antagonistes, et le cas échéant, être freinées par ceux-ci.

Dans cette dualité du système moteur, les réactions affectivo-motrices représenteraient le *primum moreus* de la motilité volontaire et M. Jarkowski désigne leur fonction sous le nom de « proto-énergie ». Les réactions de cette proto-énergie, violentes et aveugles, dépasseraient leur but sans l'intervention d'un système frénateur soumis aux centres supérieurs, aux centres corticaux, les phénomènes affectifs et émotionnels paraissant avoir leur siège dans les noyaux de la base.

On s'explique alors les troubles de l'activité des parkinsonniens tels que les conçoit M. Jarkowski. De l'affaiblissement, sinon l'abolition des réactions affectivo-motrices, c'est-à-dire du déficit de la proto-énergie, découle une apathie apparente et une difficulté de l'effort. L'Akinésie est la manifestation essentielle de l'affection.

Le déficit de l'appareil « expansif » amène une exagération de la fonction des antagonistes et, comme conséquence, la raideur parkinsonnienne.

Ne constituant pas un obstacle invincible, cette raideur, étant donné l'intégrité de l'appareil exécuteur, pourra être inhibée chaque fois qu'une excitation extérieure violente ou la mise en jeu d'une association impulsive accidentelle mettront en action ce qui reste de proto-énergie. D'où l'explication de la kinésie paradoxale.

Amoindri au point de vue moteur par l'affaiblissement de ses réactions affectivo-motrices, le parkinsonnien, malgré la conservation de ses facultés supérieures, est donc atteint dans ce qui constitue le noyau le plus profond de sa personnalité.

Conception originale et intéressante d'un fait dont l'explication paraissait bien difficile, l'hypothèse de M. Jarkowski devait être présentée à nos lecteurs pour lesquels elle présente un intérêt tout particulier d'ordre psychologique autant que neurologique. Cet important travail, bien ordonné, basé sur des recherches personnelles, est d'une lecture attrayante par sa concision et sa clarté.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Pathologie de l'Imagination et de l'Emotivité, par le Dr Ernest Dupré, *professeur de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Paris. — Préface* de M. Paul Bourget, *de l'Académie française,* suivie d'une *notice biographique* par le Dr Achalme, *Directeur de Laboratoire à l'Ecole des Hautes Etudes.* (1 vol. in-8°, 504 pages, in *Bibliothèque Scientifique,* Payot, édit., Paris, 1925).

L'œuvre psychiatrique d'Ernest Dupré, si vaste, et dont l'importance s'affirme avec les années, se trouve éparse dans les périodiques, les comptes rendus des Sociétés Savantes et des Congrès Scientifiques, où le Maître exposa si fréquemment des vues originales et fécondes. Jusqu'à ce jour, c'est là seulement qu'on pouvait rechercher les résultats remarquable de ses travaux, les conclusions pénétrantes de ses observations, et retrouver les traces d'un enseignement prématurément terminé. L'étendue, la diversité d'une intelligence toujours en éveil, d'une activité jamais lasse, l'attiraient sans cesse vers des sujets nouveaux, complétaient sans relâche de déduction neuve une œuvre étincelante, jamais achevée et toujours en mouvement.

Tandis que d'autres créèrent des cadres qui bientôt suffirent à satisfaire leur esprit, le Professeur Dupré, soucieux de ne pas comprimer les faits en les habillant de neuf, ne consentit jamais à considérer les classifications que comme des groupements d'attente. Par leur succession rapide sont-elles donc autre chose que les étapes d'une science jeune encore et qui n'est pas parvenue à une maturité que d'autres mirent des siècles à acquérir ?

Très accueillant aux idées nouvelles, mais servi par une critique impitoyablement bienveillante, Dupré a fait plus que quiconque pour déblayer le terrain de notions théoriques discutables ou injustifiées, tout en conservant du passé qu'il connaissait si bien les éléments que son érudition, l'étendue de ses connaissances et de son expérience, ses qualités d'observation et de jugement lui faisaient reconnaître de première qualité et transformer en leur donnant leur valeur et leur place.

Le temps lui fut refusé, dans cette Chaire qu'il était si digne d'occuper et où il ne fit que passer, pour condenser la richesse de son esprit en des leçons qui eussent fait la matière de volumes d'une rare qualité.

Le présent recueil vise à combler en partie cette lacune.

Sous le titre de pathologie de l'imagination et de l'émotivité, il a le mérite de grouper quelques-uns des travaux originaux d'Ernest Dupré sur la mythomanie, les délires d'imagination, le puérilisme, la psychose hallucinatoire chronique, la paralysie générale, le témoignage, ainsi que sur la constitution émotive, la psychonévrose émotive, la débilité motrice, les cénestopathies, la folie de Charles VI, les perversions instinctives, les mendiants thésauriseurs, les psychoses alcooliques. Il se termine par l'exposé fait par Dupré, en novembre 1919, dans sa leçon inaugurale, des Déséquilibrés Constitutionnels du Système Nerveux.

Ce recueil, ne vise pas à être complet ; il renferme une part importante de l'œuvre d'Ernest Dupré. Il faudrait de nombreux volumes pour la publier en entier. Certains travaux même, tel le Rapport sur la Paranoïa exposé au Congrès de Lisbonne, ne furent jamais imprimés. Sans rappeler des travaux remarquables de pathologie générale ou de médecine interne tels que ceux sur les infections glandulaires, les infections biliaires, la lithiase biliaire, le méningisme, le péritonisme, citons au hasard parmi de très nombreuses publications neurologiques ou psychiatriques qui mériteraient d'être réunies, une leçon sur la psychiatrie d'urgence, la définition médico-légale de l'aliéné, les délires de zoopathie, les auto-accusateurs, les démences organiques, les psychopolynévrites chroniques, etc., etc., des leçons de Psychiatrie médico-légale, de nombreux travaux de criminologie, des rapports médico-légaux qui sont de lumineux enseignements.

Le Dr Logre qui vient de publier ce premier volume et dispose de tous les dossiers de son maître voudra certainement continuer la publication qu'il vient si heureusement d'entreprendre. Les matériaux ne lui manqueront pas.

Deux hommes éminents, un littérateur et un savant, se sont chargés, au début de ce volume, de présenter au public l'homme et son œuvre. Chacun d'eux pouvait, en effet, le reconnaître pour un des siens. Il faut lire la préface de M. Paul Bourget et la notice du Dr Achalme pour comprendre quelle fut l'influence d'Ernest Dupré, et son autorité. Son œuvre rayonnait bien loin du foyer où brûlait la flamme qui le consuma.

Si quelque chose pouvait cicatriser la plaie douloureuse que laissa à ses disciples sa disparition anticipée, ce n'est pas seulement le spectacle des regrets unanimes dont ils sont les témoins, mais surtout la constatation de la vitalité de ses conceptions et de leur action grandissante. Dupré aima

tant la Vie, sous tous ses aspects, que seule pourrait lui plaire, au delà du tombeau, cette vie de sa pensée et des idées qu'il sema si généreusement.

René CHARPENTIER.

De certains langages créés par les Aliénés. Contribution à l'étude des « Glossolalies », par le Dr Michel CÉNAC. (Thèse de Paris, 1925).

La glossolalie est un trouble du langage caractérisé par la construction d'un parler nouveau.

Elle doit être distinguée des altérations dues aux lésions neurologiques, des néologismes notés à la période avancée des psychoses chroniques, de la logorrhée plus ou moins cohérente des maniaques et des déments. Son étude n'offre pas seulement un intérêt pittoresque, mais elle permet d'approfondir certains symptômes et certains mécanismes ressortissant à des psychoses très différentes.

Dans un premier groupe de faits, il s'agit de jeux verbaux, d'ailleurs passagers, libération de l'activité automatique où le langage créé se modifie constamment et n'obéit à aucune règle. C'est ce symptôme que le Dr Cénac propose d'appeler la « glossomanie ». Il l'a observé au cours de syndromes d'allure maniaque.

La glossolalie vraie en diffère parce que l'expression verbale y est le résultat d'un effort continu. Le langage créé est ici entièrement nouveau et plus ou moins original suivant le niveau mental de l'inventeur ; il n'aboutit qu'après des additions et des perfectionnements successifs contrairement au langage du « glossomane » qui est formé d'emblée. Elaboré en dehors de l'état d'excitation, la glossolalie vraie doit être interprétée comme la construction d'un psychisme inadapté à la réalité qui cherche une compensation à son insuffisance pragmatique dans cette évasion imaginative, dans cette « vie fictive plus agréable que la vie réelle » et elle se rencontre dans les états schizoïdes.

S. CARRETTE.

Du parricide en pathologie mentale au point de vue nosologique, par le Dr Elisabeth CULLERRE. (Thèse de Paris, 1925).

Tous les aliénés dont l'auteur rapporte les observations sont des prédisposés. Le terrain dégénératif domine cette question.

Que sont ces aliénés au point de vue de la classification psychiatrique ? Rarement des intermittents, parfois des délirants systématiques ou des malades atteints de syndromes épisodiques, des confus ; il s'agit plus souvent d'épileptiques dont les manifestations violentes sont bien connues et caractéristiques par leur impulsivité.

En somme, il arrive fréquemment que le parricide est une manifestation pour ainsi dire accidentelle, liée aux réactions violentes et indistinctes des sujets, assimilable aux autres attentats commis par des aliénés sur leur entourage. Mais dans certains cas — et ce sont les plus intéressants — le parricide est une réaction quasi-spécifique, aboutissant de haines parentales, exaspérées à la faveur des troubles mentaux, comme chez certains maniaques, des obsédés, des débiles et avant tout chez les déséquilibrés à sensibilité morale pervertie ou absente.

S. CARRETTE.

Les causes psychologiques de l'Alcoolisme, par le Dr LEGRAIN, avec la collaboration du Dr A. MARIE, ouvrage couronné par l'Académie des Sciences Morales et Politiques.

Cet ouvrage, d'une belle sincérité, captive le lecteur, par la conviction et la vie qui l'animent. Il dévoile nombre de causes psychologiques, et, plus particulièrement, sociales, de l'alcoolisme, avec une vigoureuse perspicacité.

Voici d'abord l'ignorance, les préjugés, les sophismes, les phrases toutes faites sur le « jus de la vigne » dont on ne peut nier la grande puissance suggestive. L'entraînement collectif joue, surtout en France, un rôle primordial dans l'éthylisation. L'aboulie progressive, le besoin d'excitation factice, disposent de plus en plus à l'absorption du poison qui les augmente. L'hérédité, la suggestion éducative aggravent le mal au travers des générations.

De saisissantes visions de l'alcoolisme pendant la guerre précèdent « le bilan des responsabilités », où nous voyons établie avec beaucoup de verve et de courage, l'influence néfaste de certains égoïsmes collectifs. Campagnes de presse au service de puissants intérêts commerciaux, faiblesse de ceux qui devraient résister, voilà les raisons du succès de la mauvaise propagande. Le livre se termine sur une vue générale de l'alcoolomanie au travers des siècles et des civilisations. L'auteur, abstentionniste résolu, cherche surtout

le remède dans une large action morale. Une intéressante introduction du professeur Janet met en valeur l'asthénie mentale parmi les causes psychologiques de la recherche de l'excitation toxique.

Maurice MIGNARD.

Psychiatrie d'urgence, par A. FILLASSIER (1 vol. in-18, 128 pages, in Collection « *Les Petits Précis* », publiée sous la direction de *A. Cantonnet*, Paris, 1925, Maloine, édit.).

Dans cette collection de tout petits livres de poche, destinés à guider l'étudiant par un minimum de notions indispensables, M. A. Fillassier a réussi ce tour de force de faire tenir en cent brèves pages tout ce qui est nécessaire pour permettre au praticien, après un diagnostic psychiatrique sommaire et rapide, les mesures thérapeutiques ou administratives dont l'urgence s'impose.

Ce vade-mecum se termine par des notions résumées d'administration et de législation applicables aux aliénés et par le texte *in extenso* de la loi du 30 juin 1838.

René CHARPENTIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 21 Décembre 1925

Présidence : M. le Dr Laignel-Lavastine

Epilepsie jacksonienne et crises hémiplégiques chez un sujet atteint d'ostéite hypertrophiante de l'os frontal probablement de nature hérédospécifique, par MM. L. Marchand et Bauer.

Un sujet de 21 ans est atteint à 6 ans d'un traumatisme crânien dans la région pariétale droite et, depuis l'âge de 13 ans, il présente des crises d'épilepsie jacksonienne gauche. Depuis l'âge de 17 ans, ces crises sont suivies d'hémiplégie gauche durant plusieurs heures ; l'hémiplégie peut aussi survenir d'emblée sans convulsions initiales. Ce sujet est également atteint d'un épaississement progressif des deux bosses frontales, avec prédominance à droite, portant sur la table externe. W. négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, mais les réactions au benjoin et à l'elixir parégorique sont positives dans ce dernier. Albuminose, 1,60, légère lymphocytose. Un traitement spécifique n'a jusqu'alors donné qu'un résultat douteux.

Les auteurs pensent néanmoins que la cause de ce syndrome est une lésion méningocorticale hérédosyphilitique ; le traumatisme crânien a pu jouer le rôle de lésion d'appel. Ils rapprochent l'ostéité hypertrophiante de ce que l'on observe dans la maladie de Paget.

Opiomanie par élixir parégorique, par M. Trenel.

Si depuis les confessions de de Quincey, l'opiomanie par laudanum est bien connue, l'opiomanie par élixir parégorique ne paraît pas avoir été rencontrée ou du moins n'a pas été décrite.

Dans le cas présenté, il s'agit d'une femme de 41 ans qui, après avoir fait usage (depuis l'âge de 12 ans, prétend-elle) de l'extrait d'opium pour une entérite muco-membraneuse, prend exclusivement de l'élixir parégorique depuis 1918 à

la dose de 240 grammes par jour, soit 60 centigrammes d'extrait ou 12 centigrammes de morphine.

Internée à la suite d'un accès d'excitation, elle présente comme symptôme dominant des illusions de fausse reconnaissance qu'elle étend à toutes les personnes présentes avec un appoint fabulatoire, brodant sur ce thème qu'elle est l'unique femme existante et que les autres individus sont des hommes déguisés en femmes. En second lieu elle manifeste un délire d'influence, tous ses actes étant commandés par des pensées impératives. Absence prétendue (?) d'hallucinations auditives. La mémoire reste absolument intacte et précise pour les faits récents et anciens, les connaissances historiques, etc., ainsi que les capacités professionnelles (comptabilité).

Attitude un peu hypomaniaque, ironie, quelques assonances verbales. Ces jours derniers est apparu un strabisme convergent qui complique le diagnostic clinique ; malgré un B.-W. négatif dans le sang (la ponction lombaire n'ayant pas encore été faite avant la présentation), on peut songer à un processus méningitique de la base et peut-être des lobes frontaux, l'ensemble symptomatique d'abord attribué à l'intoxication mixte (opium-alcool-essence d'anis) se rapprochant de certains syndromes mentaux des lobes antérieurs.

Zona, Lésions du ganglion de Gasser, par M. TRÉNEL. — Femme de 75 ans morte de pneumonie un mois après le début d'un zona de la branche frontale du trijumeau gauche.

Infiltration généralisée et nodules inflammatoires multiples. Lésions cellulaires diffuses, chromatolyse à point de départ périnucléaire à divers degrés, excentricité et exsertion du noyau, vacuolisation rare. Fréquence de noyaux à nucléoles multiples (2 à 4).

P. G. conjugales et Syphilis neurotropes. — Le Dr Marie, de Ste-Anne, comme suite à sa présentation antérieure de trois couples de syphilis neurotropes conjugales, présente quatre nouveaux paralytiques généraux de son service. dont trois ont eu leurs femmes également P. G. à l'Asile Clinique, ou mortes en ville de tabes, ou internées dans d'autres asiles de la Seine où elles sont décédées antérieurement de perimeningo-encéphalite confirmée.

L'un de ces P. G., remarié, a sa seconde femme atteinte d'hémiplégie spécifique précoce.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

Le Docteur G. Boiteux, médecin honoraire des asiles, est mort le 23 décembre, victime d'un tragique accident.

Ancien interne de l'asile de Maréville, il avait été nommé en 1887 médecin-adjoint à l'asile de Clermont-de-l'Oise. Toute sa carrière s'écoule dans cet établissement dont il devint médecin-chef en 1895. Atteint par la limite d'âge en septembre 1923, il n'avait pas quitté Clermont où il était entouré de l'estime générale.

Modeste et laborieux, attaché à son devoir, sachant à l'occasion secourir discrètement ses malades, il laisse l'exemple d'une vie droite et probe. Directeur intérimaire de l'asile de Clermont, en septembre 1914, au moment de l'invasion allemande, il fit preuve d'un tranquille courage et assuma sans faiblir une tâche particulièrement difficile. Aucune récompense honorifique ne vint couronner une carrière si bien remplie. Nous n'avons pas la naïveté d'en être surpris.

Nous exprimons à la veuve et aux enfants de cet homme de bien nos condoléances émues.

DEMAYE.

Nous apprenons, avec regret, la mort subite du Dr Cacaud, directeur de l'asile de Clermont (Oise).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de Médecin Chef de service est actuellement vacant à l'Asile Public d'aliénés de Châlons-sur-Marne (Marne).

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Un concours pour sept places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et du Service libre de prophylaxie mentale s'ouvrira à Paris, le lundi 22 mars 1926.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h., et de 14 à 17 heures, du 22 février au 6 mars 1926.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 31.995

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES



Chronique

L'Assistance psychiatrique au Canada

Le récent rapport annuel du Dr A.-H. Desloges, le très distingué directeur médical général des Hôpitaux d'Aliénés, Ecoles de Réforme, d'Industrie, etc., de la Province de Québec, est un exposé très significatif des résultats obtenus par cette province, sous son active direction.

Au 31 décembre 1924, 6.294 malades étaient hospitalisés dans les Hôpitaux d'aliénés suivants : Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 3.139 ; Verdun, Protestant Hospital, 805; Hôpital Saint-Michel-Archange, Beauport, 1.792 ; Hôpital Sainte-Anne, Baie Saint-Paul, 395 ; Hôpital Saint-Julien, Saint-Ferdinand d'Halifax, 164.

Il y eut dans l'année : 1.539 admissions, 751 sorties (285 par guérison, 297 par amélioration, 169 sans amélioration), 811 congés accordés, 57 évasions, et 537 décès.

36 médecins, dont 27 font un service régulier, et 4 internes, sont attachés aux hôpitaux d'aliénés. Dans ce chiffre ne sont pas compris les chirurgiens ni certains spécialistes (otorhino-laryngologistes, oculistes, dentistes, etc.), qui examinent les malades dès leur entrée et leur donnent dès ce moment les soins que peut demander leur état.

Des laboratoires, en voie de réorganisation, permettront de faire toutes les recherches et travaux désirables. Des pavillons d'observation pourvus de tous les services annexes vont être mis en service dans les hôpitaux généraux de Montréal et de Québec. Les malades séjourneront de une à trois semaines dans ces pavillons d'observation avant d'être dirigés s'il y a lieu vers les hôpitaux d'aliénés. Une de ces annexes, de 250 lits, est en construction à l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport.

Des hôpitaux spéciaux pour épileptiques, pour arriérés, pour aliénés criminels, sont en construction ou en projet. L'hôpital pour les aliénés criminels, attaché à la prison de Bordeaux, district de Montréal, sera ouvert dans quelques mois. Et le gouvernement provincial a autorisé les sœurs de la Charité à lancer un emprunt de 500.000 dollars pour la construction d'un établissement destiné à l'hospitalisation et à l'éducation d'un millier de faibles d'esprit. La cure par le travail, à juste titre en honneur dans les hôpitaux d'aliénés de la province de Québec, est déjà appliquée à 2.275 malades. Elle va être intensifiée et le Dr A.-H. Desloges estime qu'au moins 80 0/0 des malades hospitalisés pourront être occupés à un travail quelconque, approprié à leur état.

Une réorganisation complète du personnel médical a été parallèlement effectuée. Un médecin fran-

çais, notre distingué collègue le Dr Brousseau, ancien chef de clinique des maladies mentales, de la Faculté de Médecine de Paris, médecin des asiles publics d'aliénés, a été nommé professeur de psychiatrie à l'Université Laval (Québec). Un autre médecin français, de l'Institut Pasteur de Paris, a été chargé de la direction des laboratoires, avec la collaboration de trois médecins de Québec ayant étudié en France. Un chimiste français doit être prochainement attaché à ce groupement hospitalier et le compléter. 50 jeunes médecins Canadiens ont été envoyés pour un, deux ou trois ans aux Etats-Unis ou en Europe, à New-York, Boston, Paris, etc...

Les résultats remarquables qui viennent d'être trop brièvement exposés sont donc le fruit d'efforts considérables intelligemment adaptés à leur but.

Ils montrent ce que peut obtenir en matière d'assistance psychiatrique une administration prévoyante, au courant des formules modernes d'assistance, en stimulant à la fois l'initiative privée et ses propres services, et en menant de pair avec la réorganisation des méthodes et des locaux, le souci de son personnel médical et des agents thérapeutiques mis à sa disposition.

L'œuvre si rapidement fructueuse du Dr A.-H. Desloges a soulevé l'admiration des autres provinces du Canada, et en particulier des autorités médicales de l'Ontario. Cette œuvre, à laquelle des Canadiens français ont voulu associer des médecins de la vieille France, valait d'être signalée ici. Elle procède d'un plan d'ensemble dont bénéficiera toute la province de Québec et qui peut servir d'exemple.

René Charpentier.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HALLUCINOSES CHRONIQUES

par le Dr G. HALBERSTADT

Nous voudrions apporter une contribution à l'étude des psychoses chroniques caractérisées par la prédominance des troubles sensoriels, *en dehors de tout élément infectieux ou toxique*. Ces faits, pensons-nous, ne sont pas fréquents, à condition bien entendu d'éliminer les cas où l'hallucinose ne constitue qu'une phase dans l'évolution d'une maladie mentale déterminée, qu'il s'agisse de démence précoce ou de paraphrénie. Ces cas ne sont ni probants ni caractéristiques. Seuls doivent être retenus ceux où pendant toute l'évolution de la psychose se constate une prééminence excessive des phénomènes hallucinatoires, prééminence qui lui imprime un cachet tout spécial. Nous donnerons tout d'abord deux observations pouvant servir de types cliniques.

Obs. I. — Mme B., née M., entrée à l'Asile le 15 juin 1925, à l'âge de 57 ans. Hérédité névropathique et vésanique certaine (il nous a été impossible d'obtenir des précisions). Le début a eu lieu il y a, environ, vingt-cinq ans. La malade appartenant à une famille de bourgeoisie aisée a été vue par de nombreux médecins. Les symptômes ont toujours été ceux-là mêmes que nous décrirons tout à l'heure. Le mari ne se décida à l'interner que parce que, depuis quelque temps, il se sentait physiquement fatigué et souffrant.

La psychose est caractérisée avant tout et surtout par des hallucinations et notamment par des troubles de la sensibilité générale. Ceux-ci sont d'une extrême intensité et remarquables aussi par leur polymorphisme. On lui

a donné « des douleurs intercostales ». Elle est « contaminée par tous les orifices ». « C'est une chose qui vous environne et vous tourne. » Est surtout incommodée par des gaz invisibles qui lui donnent la sensation étrange et indéfinissable de quelque chose de gluant qui adhère à la peau et dont on ne peut se débarrasser. Elle est sujette également à des hallucinations génitales. Nous ne pouvons mieux faire que de donner des extraits de ses propres déclarations : « C'est un gaz contaminant. Vous êtes obligée ensuite de cracher. Quelquefois, ce gaz vous fait gonfler. Quelquefois, il vous arrive par la bouche et par le nez. C'est, parfois, comme une espèce de mousse. Il y a des globules qui voyagent sur vous et qui vous captent. Vous devenez alors glaireuse et collante, la peau devient humide. Vous avez un lit, ce n'est qu'un flocon inconvenant. Des bouffées vous arrivent, ce sont des gaz dégoûtants, ils vous paralysent le fondement. Je suis comme chiffonnée. Ma chambre est pleine de gaz. Il me suffit de fermer les yeux pour sentir le gaz dans la tête. Il est circulant, je me demande s'il ne vient pas d'une auto. Dans mon lit il y a, parfois, comme des anguilles, des poissons qui glissent, on les sent partout. Cela vous arrive comme une fusée. J'éprouve parfois une brusque sensation de froid, d'autres fois, une sensation de chaleur ou de brûlure également brusque. Parfois, je suis comme patinée : c'est comme du marbre, on éprouve une sensation comme si on était coupée. Parfois, on pesait sur moi, c'était très lourd, comme une force invisible qui vous écrase. Parfois, je me sentais légère, je devais comme m'envoler, je mettais des fers à repasser autour de ma taille pour m'alourdir et tenir dans mon appartement. » En plus de ces sensations étranges, la malade ressent, parfois, des douleurs plus ordinaires, ce sont des piqûres, des secousses électriques, des coups de marteau, des actions étranges « par des fils oxydés et contaminants ».

Les hallucinations de l'ouïe sont assez discrètes. On lui a parlé à travers le mur. Elle a entendu aussi parler sa propre jambe: « elle disait des choses incompréhensibles ». Il lui arrive de surprendre la conversation de différentes personnes entre elles : « on parle alors presque à haute voix, ce sont des voix humaines ». Parfois, on constate l'existence de troubles sensoriels de l'ouïe assez complexes, par exemple quand elle dit : « j'entends des voix, mais elles me sont indifférentes et je suis indifférente à ces voix. Les voix viennent dans ma tête et me vident ».

Troubles sensoriels de la vue. — Ils sont peu intenses et passagers. Elle a eu des hallucinations lilliputiennes : a vu au fond d'une assiette des têtes, petites comme des « miniatures » (selon son expression). A déchiré une fois sa serviette parce qu'elle a vu dans la trame de celle-ci également des petites têtes. Parfois, a l'impression d'avoir « un double » à côté d'elle : ce double est « tout en nuages », mais la tête est « bien dessinée ». Affirme que d'autres personnes ont également leurs « doubles ». La vision des objets extérieurs lui paraît étrange. Il lui arrive de voir partout « comme de la noircissure », le soleil lui-même, dit-elle, est « fictif ». A signaler enfin que la malade éprouve, parfois, des sensations étranges dans les yeux et qu'il lui semble brusquement voir « des étoiles ».

Hallucinations du goût et de l'odorat. — Elles sont en rapport avec les troubles de la sensibilité générale. On lui envoie des gaz « par la bouche et par le nez ». Ressent une odeur de fumée. Eprouve un goût « âcre et piquant ».

Idées délirantes. — La malade se perd en conjectures au sujet des causes de toutes les sensations qu'elle ressent. Depuis vingt-cinq ans, elle n'a échafaudé aucun système délirant. Elle accuse tantôt des « femmes gazistes », d'autres fois des « aviateurs » inconnus, enfin des rôdeurs et des malandrins. Elle n'a aucune idée de grandeur ni aucune autre idée délirante quelconque.

Orientation. — Parfaite dans le temps et le lieu.

Etat de l'humeur. — Aucun trouble persistant. Parfois, se fâche en raison des malaises et des douleurs dont elle souffre.

Langage. — Le langage est correct et normal. Il n'y a, en particulier, ni verbigération, ni salade de mots. Elle emploie, cependant, parfois des néologismes. Dit que des inconnus l'ont « insuffisée », il y a ici des personnes « ridiculisantes », parle de « boudinage ».

La mémoire n'est pas affaiblie. L'attitude générale est toujours très correcte. Il n'y a aucun signe de la série catatonique : ni maniérisme, ni stéréotypies, ni négativisme sous aucune forme. Absorbée par ses hallucinations, Mme B. a peine à suivre un raisonnement, ses facultés syllogistiques sont d'ailleurs manifestement affaiblies, ce qui résulte de son attitude envers ses troubles, de son manque d'esprit critique, des explications qu'elle écha-

faude (« rôdeurs », « aviateurs », etc.). Jusqu'à son internement, elle a vécu à Paris, habitant avec son mari, dans un appartement dont les fenêtres (souvent ouvertes) donnaient sur la rue. Elle était, parfois, désagréable pour les voisins ou ses domestiques, mais en somme n'a jamais provoqué de scandale. Bien des personnes qui la voyaient ne se doutaient même pas qu'elles avaient affaire à une aliénée.

Obs. II. — Mlle M., âgée de 37 ans, entrée dans le service le 15 juillet 1921. — Pas d'antécédents héréditaires, sauf une grand'mère morte dans un asile. — Exerce la profession de cuisinière. Les premiers troubles psychiques paraissent avoir frappé l'entourage peu de temps avant l'internement. Sa patronne, chez laquelle elle était en service depuis deux ans, la qualifie ainsi : « très calme, très correcte et surtout très exacte dans son service ». Vers mai-juin, devient pensive et préoccupée avec parfois des moments de rire inexplicable. Dans la nuit du 21 au 22 juin, survient un véritable accès d'excitation nécessitant son placement à l'hôpital, d'abord, puis à l'Asile.

L'état de la malade est dominé par des hallucinations de l'ouïe, très intenses et qui ne cessent pour ainsi dire jamais. Elle est insultée par la T. S. F. « Je suis insultée et brutalisée. On me dit de vilaines choses. » Rapporte les insultes très grossières qu'on lui dit. Cela se passe « jour et nuit ». On insinue que deux officiers de marine devaient l'épouser. La malade s'écrie : « où est le marieur ? qu'il vienne me parler ! qu'il se présente lui-même ! » Elle entend répéter, parfois, ce qu'elle dit, d'autres fois, décrire ce qui se passe autour d'elle. Quand elle lit, des voix invisibles répètent, parfois, toutes les phrases lues. « J'entends parler pour ainsi dire toujours, mais surtout quand il y a le silence absolu. Je deviens presque habituée, je ne fais plus attention. Parfois la nuit c'est tellement désagréable et pénible que je me griffe la figure. Je me demande comment il se fait que cet homme ne se repose pas un instant. » Il s'agit de voix transmises par la T. S. F. Ce sont des « expériences » qu'on fait sur sa personne, et qui sont faites par l'autorité militaire. « L'armée m'occupe. On m'a dit que l'armée me donnait 225 francs par mois comme appointements pour ces expériences. » Parfois, on devine ses pensées. Quand on l'interroge, entend en même temps que la voix du médecin d'autres voix invisibles.

Les hallucinations visuelles sont infiniment moins fréquentes : « J'ai vu une fois tomber le bon Dieu de la croix. On me l'a fait en vision en dormant... On a fait passer autrefois des cercueils devant moi, j'ai vu des masques qui dansaient. »

Il y a des troubles de la sensibilité générale. Mais c'est peu de chose comparativement aux hallucinations de l'ouïe : « Parfois, on me prend par le cœur, on dirait que je vais mourir. Je ressens comme un fil dans le cœur, qui passe et repasse. Je sens des douleurs dans les jambes et les bras Parfois, mon cerveau a mal, il est fatigué à cause des expériences. » Eprouve aussi des douleurs « dans les reins et dans le ventre ». Les sensations sont peu fréquentes et essentiellement passagères. Signalons aussi l'existence de quelques hallucinations du goût et de l'odorat, rares et peu intenses.

Elle en veut aux personnes qui l'ont « désignée » pour ces expériences à l'attention de l'autorité. Il n'y a aucun délire en dehors de ces idées qui s'expliquent très logiquement par les hallucinations qui la tracassent jour et nuit. Il n'y a ni idées de grandeur, ni aucun autre délire quelconque. On ne constate pas trace d'interprétations délirantes. L'orientation dans le temps et le lieu est parfaite. L'attitude de la malade est parfaitement correcte. Son maintien est absolument normal. Elle est polie, prévenante, se comportant comme une personne saine d'esprit. Elle a eu, à plusieurs reprises, de très courtes périodes d'excitation, nullement endogènes mais toujours provoquées par la colère que lui inspiraient les personnes qui l'ennuient par la T. S. F. A noter qu'il n'existe aucun trouble du langage. Sauf le mot « spionnage », nous n'avons jamais entendu un mot étrange. Notons expressément qu'elle n'a aucun signe de la série schizophrénique : ni négativisme, ni maniérisme, ni stéréotypie, ni aucun symptôme quelconque de cet ordre.

Essayons de comparer ces deux observations. Voyons d'abord les points semblables, puis les points dissemblables. L'une comme l'autre de ces deux malades sont avant tout des hallucinées. Les quelques idées délirantes qu'elles présentent sont accessoires, nettement secondaires, n'existant que comme des tentatives d'explications. Les hallucinations présentent le

double caractère d'être extrêmement intenses et quasi-continues. Nos deux malades en sont vivement incommodées, elles en souffrent et s'en plaignent. Au surplus, ni l'une ni l'autre n'attribuent ces troubles dont elles conçoivent très bien l'étrangeté à une maladie mentale : elles n'en admettent même pas l'idée. Le tableau clinique, malgré la longue durée de la maladie, n'évolue pas et si les facultés intellectuelles finissent par s'affaiblir, ce n'est en tout cas pas pour aboutir à la déchéance mentale des schizophréniques. Car il est à noter que tous les symptômes de la démence précoce manquent dans les deux observations. Il n'y a aucun trouble de la volonté, pas de négativisme, pas de suggestibilité, pas d'autisme, pas d'ambivalence, pas de stéréotypies, pas de maniérisme. Elles n'ont pas de périodes endogènes de dépression ou d'agitation et ne sont pas impulsives. Leur langage est normal, sauf l'existence chez l'une d'entre elles de quelques néologismes (Mme B., car Mlle M. n'en a énoncé qu'un seul). En tout cas, il n'y a ni verbigération, ni salade de mots, et les troubles phonétiques de Mignot manquent totalement. A noter aussi l'absence de toute réticence et de toute méfiance. Ni l'une ni l'autre de ces malades n'ont le caractère soupçonneux des paranoïaques.

Les différences entre les deux malades ne sont pas négligeables. La principale est celle-ci : Mme B. est avant tout une hallucinée de la sensibilité générale, Mlle M. une hallucinée de l'ouïe. Mme B. éprouve des souffrances physiques pénibles et parfois intolérables, Mlle M. est incommodée par les voix qu'elle entend du matin au soir et qui lui disent des grossièretés, mais les souffrances physiques sont aussi peu marquées chez elle que le sont chez Mme B. les hallucinations de l'ouïe. Cette différence qui paraît peu importante à première vue est au contraire capitale à nos yeux. Elle veut dire en somme ceci : que les deux malades ont très probablement des maladies différentes. Leurs souffrances ne sont pas semblables et le sort de Mlle M. est évidemment bien moins pénible que celui de Mme B. qui depuis un quart de siècle subit une sorte de tor-

ture dont elle se plaint constamment. Mme B. est torturée, Mlle M. est insultée et incommodée par des propos désobligeants qui, nous le voulons bien, ne lui laissent pas un instant de répit mais qui ne lui rendent pas l'existence aussi pénible que l'est celle de Mme B. A retenir tout particulièrement les hallucinations génitales de cette dernière dont elle se plaint très vivement. L'affaiblissement intellectuel est chez elle plus marqué que chez Mlle M., ses propos sont plus absurdes, son attitude envers ses proches et envers son propre sort est moins normale. La plus longue durée de la maladie y est certes pour beaucoup, mais nous avons rencontré les mêmes faits chez d'autres malades atteints de la même psychose. Retenons aussi (v. plus haut) que les néologismes sont chez elle bien plus nets et bien plus nombreux que chez Mlle M. où ils sont à peine marqués. Toute sa manière de parler est moins normale, ses récits sont moins clairs, moins cohérents, plus étranges que ceux de Mlle M.

Comment situer nos deux cas au point de vue nosologique ? Nous croyons que ce problème a quelque importance pour qui estime que le but de notre science n'est pas tant de collectionner des faits cliniques que de les ranger en groupes nosologiques, chaque groupe se distinguant non seulement par un syndrome particulier mais aussi par l'ensemble du tableau morbide et par le mode d'évolution.

Nous ne comprenons pas pour quelles raisons on rangerait ces deux types cliniques dans le groupe des schizophrénies. Celles-ci sont des psychoses dans lesquelles la personnalité tout entière se trouve touchée et notamment « dissociée » pour nous servir de l'expression de Claude et Lévy-Valensi (1). Cette dissociation n'existe ni chez l'une ni chez l'autre de nos deux malades. Bien au contraire tout leur psychisme est dominé par les hallucinations, il est centré en quelque sorte autour des troubles sensoriels. Ceux-ci commandent et

(1) Claude et Lévy-Valensi. — Considérations sur l'état démentiel dans la démence précoce. *Société de Psychiatrie*, novembre 1910.

dirigent toute la mentalité et toutes les réactions de nos malades. D'autre part, et c'est là un point essentiel, aucun signe précis de schizophrénie n'apparaît même après de longues années. Ce diagnostic éliminé, il nous paraît utile de rappeler les recherches relativement récentes parues sur les maladies mentales classées dans la rubrique des « hallucinoses ».

Ce fut Lucien Cotard (1) qui se basant en partie sur l'enseignement de son maître Séglas attira le premier l'attention sur les psychoses hallucinatoires chroniques vésaniques sans délire. Il présenta en 1908 deux malades de ce genre à la Société médico-psychologique et après avoir éliminé l'alcoolisme les caractérisa de la façon suivante : hallucinations multiples, — absence de tout système délirant, — conservation à peu près intacte des facultés intellectuelles. L'année suivante, Crinon présenta un cas analogue à la Société Clinique de Médecine mentale (2). Il importe de retenir ce fait, que l'absence de tout délire et de tout affaiblissement intellectuel pour cette forme clinique, fut mise en doute. Pactet notamment fit observer, au cours de la discussion, que ces malades ont des idées délirantes et une certaine « insuffisance du jugement ». En 1910, Dide et Gassiot firent une communication sur ce sujet à la Société de Psychiatrie et soulevèrent une importante discussion, pour ce qui concerne plus spécialement l'existence d'idées délirantes (3). L'année 1911 vit paraître plusieurs publications intéressantes. Citons avant tout celle de Dupré et Gelma qui proposèrent d'appliquer à ce syndrome le terme d'hallucinose (4). Ils disaient notamment : « le terme d'hallucinose, dû à Wernicke, désignait, dans la terminologie du maître

(1) L. Cotard. — Deux cas de psychose hallucinatoire. *Société médico-psychologique*, décembre 1908.

(2) Crinon. — Un cas de psychose hallucinatoire. *Société clinique de médecine mentale*, avril 1909.

(3) Dide et Gassiot. — La psychose hallucinatoire chronique. *Société de Psychiatrie*, novembre 1910.

(4) Dupré et Gelma. — Hallucinose chronique. *Société de Psychiatrie*, février 1911.

allemand, des délires hallucinatoires aigus ou chroniques. Nous pensons qu'il y aurait avantage à en restreindre la signification et à l'appliquer à la dénomination de syndrome purement ou presque purement hallucinatoires. » Mentionnons aussi le cas de Buvat qui n'est pas très pur mais qui n'en est que plus intéressant car, d'après certains symptômes, on aurait pu penser, à un moment donné, à l'existence d'une schizophrénie (1). Au congrès d'Amiens, Gelma rapporta deux intéressantes observations (2). Retenons qu'il y avait chez une de ses malades « un léger affaiblissement psychique » et chez l'autre « quelques interprétations épisodiques ». Dupré et Collin (3), Boudon et Kahn (4) attirent cette même année l'attention sur la possibilité de transformation d'une hallucinose en psychose délirante hallucinatoire par adjonction ultérieure d'un délire. Ballet et Arnaud partagent cette opinion et insistent sur la nécessité d'attendre assez longtemps avant de se prononcer avec certitude sur un cas déterminé (5). Signalons dans le même ordre d'idées l'observation de Dupouy (1913) (6) : son cas était un cas-type d'hallucinose, mais qui devait, dans la pensée de l'auteur, aboutir sinon à un état délirant du moins à un certain affaiblissement intellectuel. En 1914, paraît l'intéressant travail de Trepsat et Piquemal consacré à une forme « intermédiaire entre la psychose hallucinatoire chronique et l'hallucinose » (7). A la fin de juillet de la même année Ala-

(1) Buvat. — Un cas d'hallucinose chronique. *Société de Psychiatrie*, juin 1911.

(2) Gelma. — Deux observations d'hallucinose chronique. *Compte rendu du Congrès d'Amiens*, 1911, p. 140.

(3) Dupré et Collin. — Psychose hallucinatoire chronique à début pnrement sensoriel. *Société de Psychiatrie*, juin 1911.

(4) Boudon et Kahn. — Psychose hallucinatoire chronique à début d'hallucinose. *Société de Psychiatrie*, novembre 1911.

(5) Ballet-Arnaud. — Discussion au sujet de la communication Boudon-Kahn.

(6) Dupouy. — Un cas d'hallucinose. *Société de Psychiatrie*, décembre 1913.

(7) Trepsat et Piquemal. — Sur un cas de psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale*, mai 1914, p. 450.

jouanine montra à la Société médico-psychologique une malade du service de Chaslin intéressante par ce fait qu'il s'agissait en partie d'hallucinations conscientes « rectifiées » (1). Ce cas représentait selon l'auteur « une transition entre les hallucinations conscientes et l'hallucinose ». Il importe de retenir cette remarque qui a une application presque générale aux hallucinoses que ces malades n'ont pas le caractère méfiant que l'on rencontre le plus souvent chez les persécutés. Ils s'expliquent au contraire « abondamment » sur leurs troubles, « sans aucune réticence », et Alajouanine disait que sa malade « serait plutôt prolixe, geignarde, un peu à la façon des hypocondriaques, comme le faisait remarquer M. Séglas à une discussion de la Société de psychiatrie. » Nous n'avons trouvé qu'une seule observation de cet ordre publiée pendant les hostilités : celle de Nordmann et Bonhomme (1916) (2). Mais depuis quelques années cette question préoccupe de nouveau les chercheurs. Citons, notamment, un travail d'Alajouanine et Codet (1921) (3) montrant la possibilité de psychoses caractérisées essentiellement par l'existence d' « hallucinations auditives avec délire minime non extensif ». Leurs conclusions méritent d'être citées car elles s'appliquent à bien des cas et les caractérisent d'une manière précise. Les voici : « Nos deux sujets conservent leurs hallucinations, mais ni l'un, ni l'autre n'étendent leur délire, très minime, et n'amplifient leurs interprétations. Au total, il nous semble que ce sont là des cas de transition entre l'hallucinose et le délire systématisé avec hallucinations et, semble-t-il, plus proches de la première. » Le dernier auteur qui se soit occupé de la question est Leyritz, tant dans sa

(1) Alajouanine. — Un cas d'hallucinose. *Société médico-psychologique*, juillet 1914.

(2) Nordmann et Bonhomme. — Un cas d'hallucinose. *Société médico-psychologique*, juillet 1916.

(3) Alajouanine et Codet. — Deux cas d'hallucinations auditives avec délire minime non extensif. *Société clinique de médecine mentale*, mai 1921.

thèse (1), que dans une communication (2) faite avec Targowla. Les points suivants de ses conclusions nous paraissent intéressants à retenir : « l'hallucinose est un syndrome caractérisé par des hallucinations inconscientes sans délire abstrait surajouté. — Parmi ses formes cliniques, il faut décrire à part une forme constituée uniquement, ou presque uniquement, par des hallucinations psychiques. — La forme chronique pure ne paraît pas évoluer vers la démence. — Ce syndrome semble se développer de préférence chez des individus ne présentant pas la constitution paranoïaque ».

Le syndrome hallucinose tel qu'il vient d'être délimité par différents auteurs ne relève pas, à notre avis, d'un même processus morbide, de la même maladie mentale. Nous estimons, en effet, que nos deux malades, qui toutes les deux présentent ce syndrome, sont cependant atteintes de deux psychoses différentes. Pour ce qui concerne Mme B., nous pensons qu'il s'agit d'un cas de démence paranoïde hallucinatoire. Nous avons essayé d'établir, en 1924, une classification des démences paranoïdes en distinguant les trois variétés suivantes (3) :

1. *Démence paranoïde catatonique.* — Les malades sont des déments précoces évidents, avec seulement prédominance de phénomènes délirants. On rencontre chez eux tous les symptômes classiques de la schizophrénie, tels que : maniérisme accentué, stéréotypies, négativisme, troubles graves de la volonté, affaiblissement très marqué de l'intelligence.

2. *Démence paranoïde atténuée.* — Après une phase délirante, avec souvent prédominance d'un délire d'influence, la psychose tourne court, le délire pâlit ou disparaît entièrement et il ne persiste qu'un affaiblis-

(1) LEYRITZ. — L'hallucinose. *Thèse* de Paris, 1923.

(2) TARGOWLA et LEYRITZ. — Sur l'hallucinose. *Société médico-psychologique*, février 1923.

(3) HALBERSTADT. — La démence paranoïde. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1924, p. 297.

sement intellectuel léger, sans aucun phénomène schizophrénique.

3. *Démence paranoïde hallucinatoire.* — Les malades sont avant tout des hallucinés, et plus spécialement des hallucinés de la sensibilité générale. Kraepelin a désigné, jadis, cette forme sous le nom : « délire de persécution physique ». Il n'y a pas de symptômes schizophréniques, et l'affaiblissement intellectuel est relativement léger.

La malade B. appartient à ce dernier groupe et se distingue aussi de la malade M. dont le cas est plus complexe. Nous estimons qu'il s'agit chez elle de paraphrénie, mais d'une forme un peu spéciale que nous voudrions désigner sous le nom de « paraphrénie hallucinatoire ». En plus des auteurs dont nous avons parlé plus haut, signalons que Kleist s'est occupé de cette forme en 1914 (1) et en 1918 (2). Il a montré, notamment, qu'elle avait échappé à Kraepelin. Retenons, tout particulièrement, les signes suivants parmi ceux qu'il mentionne : prédominance énorme d'hallucinations de l'ouïe, — idées délirantes non systématisées, ayant parfois un caractère fantasque, sans retentissement affectif marqué, — absence de méfiance et d'hostilité, — existence de quelques néologismes, — affaiblissement intellectuel peu marqué.

Conclusions

Il nous paraît utile de formuler à la fin de notre travail quelques conclusions d'un caractère volontairement schématique tout en nous rendant compte que les délimitations entre diverses vésanies n'ont pas toujours de valeur absolue. Nous pensons, en somme, que l'hal-

(1) Kleist. Ueber paranoide Erkrankungen. *Zeitschrift. f. d. g. Neurologie.* Referate vol. X, 1914, p. 97.

(2) Kleist. — Endogene Verblödungen. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie,* 1919, p. 242 (compte rendu du Congrès de Rostock, juillet 1918).

lucinose constitue un syndrome particulier qui a droit à la même autonomie (relative) que les autres syndromes psychiatriques : confusion, délire systématisé, état dépressif, etc. Tout comme ceux-ci, il ne relève pas d'un processus morbide univoque. Nous croyons avoir montré, notamment, qu'il peut se rencontrer au moins dans deux psychoses différentes.

Ressemblances entre la démence paranoïde hallucinatoire (cas B. et la paraphrénie hallucinatoire (cas M.) :

1° Prédominance manifeste et indiscutable dans le tableau morbide des troubles sensoriels.

2° Délire pauvre et nettement secondaire aux hallucinations.

3° Evolution absente ou, en tous cas, à peine perceptible.

4° Affaiblissement intellectuel peu apparent.

5° Absence de smptômes de la démence précoce.

6° Absence de symptômes du caractère paranoïaque.

Dissemblances entre la démence paranoïde hallucinatoire (cas B.) et la paraphrénie hallucinatoire (cas M.) :

1° Dans le cas B., il s'agit avant tout d'hallucinations de la sensibilité générale. Dans le cas M., il y a prédominance manifeste d'hallucinations de l'ouïe.

2° Existence de quelques troubles du langage (néologismes) dans le cas B. Absence presque complète dans le cas M.

3° Affaiblissement intellectuel plus marqué dans le cas B. que dans le cas M.

CHIRURGIE ET PSYCHIATRIE

Par M. Paul COURBON

La connaissance de soi-même est la première condition du progrès de l'individu. Et la comparaison avec autrui est indispensable pour l'obtenir. En regardant les autres, chacun apprend ce qui lui manque et peut, pour se le procurer, soit copier leur exemple, soit emprunter leur secours. Il en est de même des sciences. Chacune a besoin de regarder les autres pour connaître ses propres limites et pour trouver éventuellement dans leurs concours le moyen d'atteindre ce qu'elle vise. On sait que la Médecine n'a progressé que du jour où elle put emprunter à la Chimie et à la Physique.

Mais cette vérité est encore bien plus évidente à l'intérieur même de la science médicale, dont toutes les sciences élémentaires poursuivent, à l'aide de méthodes différentes, un même but : la conservation ou le rétablissement de la santé. Les conquêtes qu'une des branches médicales a faites sont parfois susceptibles d'apporter la solution d'un problème, dont elle-même ignorait l'existence, mais que d'autres cherchaient depuis longtemps. Policard (36) et d'autres l'ont déjà dit, et Hédon et Laguesse (35) ont montré récemment comment la découverte de l'insuline, qui avait été prévue en France, n'y fut pas faite à cause de l'étanchéité des laboratoires de physiologie, d'histologie, de chimie biologiques.

De plus en plus, sous l'incessante accumulation des faits nouveaux, le médecin est soumis à la paradoxale obligation de spécialiser son activité scientifique, en généralisant sa culture. A mesure qu'il creuse, le travailleur fait sauter les cloisons superficiellement jetées entre les spécialistes, parce que la vie est une et non

segmentée. Déjà, l'on assiste à d'heureux groupements de chercheurs, comme celui de la neuro-oto-oculistique, dont Barré fut l'initiateur à Strasbourg.

« Se spécialiser sans se cantonner » telle doit être désormais la devise de tout médecin. Nulle part, elle n'est plus impérieuse qu'en psychiatrie, science dont les racines plongent dans tous les territoires de la biologie, art qui fait appel à tous les modes de l'activité humaine, puisque l'objet en est ce que l'homme a de plus humain : la pensée.

Aussi la confrontation de ses propres méthodes et de ses propres résultats avec les méthodes et les résultats des autres sciences du corps et de l'esprit, ne peut-elle être que très profitable à la psychiatrie. Cette confrontation a déjà été faite avec fruit dans le discours de M. H. Colin (44) sur l' « Evolution des idées sur la folie ». On se contentera ici d'étudier la question des rapports de la psychiatrie avec celle des branches de la clinique médicale, dont l'objet et la discipline sont le plus éloignés des siens, la chirurgie.

Après un parallèle des mentalités chirurgicale et psychiatrique, on exposera le bilan bien modeste des données actuelles de la chirurgie à la psychiatrie, et l'on esquissera quelques-unes des espérances que celle-ci est encore en droit de fonder sur celle-là.

I. MENTALITÉS CHIRURGICALE ET PSYCHIATRIQUE

La chirurgie a pour but immédiat, comme son nom l'indique, d'agir manuellement sur le corps. C'est la plus objective des sciences médicales, celle où le jeu des sens est primordial. Les signes qu'elle décrit pourraient être enregistrés automatiquement par des instruments de précision. — Sa pratique exige avant tout de l'adresse manuelle, du sang-froid, de l'autorité et aussi beaucoup de conscience, à cause de l'enjeu de vie ou de mort, qui est presque toujours présent. — Ses résultats sont d'un positivisme éclatant. Ses adeptes travaillent sur des certitudes, voient ce qu'ils font, personne ne peut leur contester le mérite du succès de

leurs interventions. — Par contre, et c'est la rançon de tant d'avantages, la moindre erreur, la plus petite maladresse reçoivent leur sanction avec une évidence toujours inéluctable et une publicité souvent scandaleuse.

La psychiatrie a pour but d'agir sur le psychisme. Elle agirait bien manuellement sur lui, si elle le pouvait. Mais s'il est vrai que le psychisme a son fondement dans le corps, nous ignorons encore la plupart des maniements qui, pratiqués sur celui-ci, auraient leur retentissement sur celui-là. De plus, les innombrables influences que le milieu social exerce sur le psychisme individuel échappent à toute emprise matérielle. — La psychiatrie est la moins objective des sciences médicales, celle où le jeu des sens a le moins d'importance, car les signes physiques n'y existent pour ainsi dire pas. C'est le jugement porté par le psychiatre sur ce que ses sens lui donnent qui constitue le signe. Un geste, une idée ne sont pas délirants en soi ; un oubli ne suffit pas pour prouver une insuffisance de la mémoire ; une extravagance n'est pas forcément l'expression d'un défaut de l'intelligence. — Sa pratique exige de l'esprit critique, de la pondération, de la patience, et aussi de l'autorité et de la conscience, à cause des responsabilités à prendre vis-à-vis de la liberté, de l'honneur du malade et de la sécurité de la société. Imprégnée de subjectivisme dans ses démarches et dépourvue de signes objectifs, elle est forcément incertaine dans ses résultats, qui restent très souvent contestables, attribuables à une simple coïncidence et non à une corrélation. Ses adeptes qui, à la science médicale et à de grandes connaissances en psychologie, en sociologie, en droit, doivent allier une considérable expérience de l'humanité, ne travaillent que dans la pénombre, incertains sur la réalité ou l'illusion de ce qu'ils obtiennent. — Par contre, avantage peu reluisant, leurs erreurs ou même leurs ignorances n'ont pas à redouter le pilori public.

Professionnellement, les différences sont aussi grandes. La conscience parfaitement légitime de sa puis-

sance que le chirurgien puise dans l'évidence de ses succès, trouve un nouvel aliment dans l'exubérance de la reconnaissance des opérés et dans l'admiration enthousiaste de la foule. Les circonstances mêmes de son travail lui donnent cumulativement le prestige du guerrier et la séduction de l'artiste. La salle d'opération tient à la fois du champ-clos où le sort est provoqué en un sanglant défi, de l'atelier où se sculpte la chair humaine, et du théâtre où se joue la virtuosité. Ajoutez à cela le caractère glorieux des maladies chirurgicales, qui en temps de guerre canalisait (37) la curiosité des civils sur les blessés au détriment des malades, et qui en temps de paix confère une fière éloquence pour conter ses misères à quiconque a subi ou failli subir le baptême chirurgical.

Tout autre est le lot du psychiatre, même du plus célèbre. S'il n'est pas vaniteux, le doute le quitte rarement, coupant l'essor à ses enthousiasmes. « Je le pansai, il s'est guéri », se contente-t-il de dire le plus souvent, modernisant le mot auquel les successeurs d'Ambroise Paré ont depuis longtemps renoncé, assurés qu'ils sont d'être les propres auteurs de la guérison. Quant à l'admiration qu'il suscite, elle est très vacillante, en raison des conflits auxquels il est si souvent amené avec l'opinion publique, la routine des magistrats, le préjugé des familles, la résistance des clients. Aussi la reconnaissance sur laquelle il peut compter — sauf de la part de déséquilibrés, dont on sait d'ailleurs avec quelle rapidité ils précipitent leurs héros du capitole à la roche tarpéienne — est-elle toujours discrète, même quand elle est très sincère. Il en est ainsi, non seulement parce que la maladie mentale est taxée d'infamie, mais parce qu'elle dévoile bien souvent les plus intimes confidences.

Le sacrifice consenti de la pudeur du corps livrant les secrets charnels de l'individu est de bien peu de conséquence en effet auprès du sacrifice parfois involontaire de la pudeur de l'âme dans l'accès de psychose et des trahisons de cet accès qui mettent à nu, non seulement les replis les plus cachés du cœur du malade,

mais encore les tares les plus masquées de ses parents et de ses proches. Aussi même si sa nudité comporte quelque laideur, une jolie femme n'est-elle guère gênée pour paraître devant son opérateur, tandis que la présence de l'aliéniste ne laisse pas d'inquiéter tous ceux qui lui supposent quelque connaissance de leurs dissimulations. Le prestige du psychiatre est donc toujours teinté de méfiance, comme l'est celui du confesseur que les pénitents préfèrent rencontrer au confessional que dans le monde, comme l'était celui du sorcier que l'on était heureux de consulter clandestinement, mais avec lequel on n'aimait pas afficher son intimité.

Psychiatrie et chirurgie imposent à leurs fidèles des orientations scientifique et professionnelle presque opposées. Et l'on comprend que l'un de ces chercheurs n'ait eu que peu de curiosité pour le travail de l'autre, tant que l'exploitation de sa propre carrière lui sembla loin de toucher à sa fin. Le chirurgien, homme de réalisation, n'eut jamais envie de faire appel aux spéculations du psychiatre. Et si celui-ci fut tenté de s'adresser à l'autre, ce fut pour lui demander uniquement le concours de son art thérapeutique. Dans les rencontres qu'ils eurent, chacun d'eux resta trop enfermé dans ses propres habitudes mentales, pour que la collaboration fut bien fructueuse. L'artiste du bistouri intervenait sans grande spontanéité, obéissant aux suggestions risquées d'un savant encore insuffisamment instruit des conditions biologiques de la pensée. De là s'explique le maigre bilan des données actuelles de la chirurgie à la psychiatrie.

Les temps sont changés. La psychiatrie, grâce aux lumières de la biologie et de la neurologie, voit s'éclairer chaque jour les mystères de son empire. Et d'autre part, la chirurgie, parvenue à l'apogée de sa technique, donne à ses fervents de plus vastes horizons que celui des simples ablations d'organes. Après avoir annoncé que la chirurgie perdrait en faveur de la médecine, une grande partie du terrain thérapeutique qu'elle lui avait enlevé, notamment celui des cancers, le professeur J.-L. Faure (24) s'écriait en 1919 : « Lorsque son-

nera cette heure bienheureuse (celle de la guérison médicale du cancer) nous devrons, nous tous qui avons au cœur la passion sacrée de notre art, nous frapper la poitrine et nous meurtrir le front dans la poussière, parce qu'alors les grands jours de la chirurgie seront révolus. » Cette perte sur le terrain thérapeutique, la chirurgie, proclamait Leriche (26) en 1925, la compensera amplement par ses conquêtes en physiologie. C'est l'escompte de ses découvertes en physiologie mentale qui constitue la matière des espérances chirurgicales que la psychiatrie est en droit de caresser.

II. DONNÉES PSYCHIATRIQUES DE LA CHIRURGIE

Le psychiatre, jusqu'à présent, n'a vu dans le chirurgien que l'opérateur, que le prestigieux escamoteur des foyers morbides de l'organisme. Emerveillé par les progrès fantastiques de la chirurgie au cours du siècle dernier, surtout après les découvertes de l'anesthésie et de l'antisepsie, pénétré par ailleurs de l'importance des influences du physique sur le moral, mise à l'étude depuis Cabanis, il pensa offrir au bistouri dans le domaine des maladies mentales un champ pour de nouveaux miracles.

C'est donc pour une fin purement thérapeutique que le chirurgien s'occupa de psychiatrie. Il y eut une *thérapeutique psychiatrique chirurgicale* qui prétendit agir indirectement sur le psychisme, en intervenant sur les organes, et une *psychothérapie chirurgicale* qui prétendit agir directement sur lui par la vertu suggestive d'une opération simulée. Mais les résultats furent loin de répondre aux espérances ; car le déterminisme biologique de l'état mental est plus compliqué qu'on ne le supposait primitivement.

A. Thérapeutique psychiatrique chirurgicale. — Son but est la guérison de la maladie mentale par intervention sur les organes où l'on suppose siéger sa cause

directe ou indirecte. Cette intervention porte tantôt sur le crâne et le cerveau, tantôt sur les viscères.

1° Chirurgie cranio-cérébrale. — Elle a son point de départ dans l'idée que le cerveau est le siège de la pensée. Cette idée semble avoir existé de tous temps. Et, comme l'explique Hippocrates, c'est par suite d'un lapsus qu'à une certaine époque les Grecs placèrent la pensée dans le diaphragme, *phren* ayant été confondu *avec phroneo* : juger. Au Moyen Age, il en était de même, puisque les scènes d'exorcisme de certains peintres primitifs représentent des diables qui sortent du crâne.

Les opérations qui s'ensuivirent furent des craniectomies, destinées à donner plus d'aisance au cerveau, suivies ou non d'interventions sur celui-ci.

Les craniectomies effectuées par nos aïeux de la préhistoire sur le vivant, comme le prouve la cicatrisation osseuse des bords de la perte de substance des crânes étudiés par Broca et Prunières, Manouvrier et d'autres, avaient-elles un but thérapeutique ? Vraisemblablement non. Lecène (25) fait judicieusement remarquer que la mentalité primitive est incapable d'aboutir à des conclusions certaines sur le déterminisme physique des troubles fonctionnels. Ces ouvertures du crâne n'étaient, sans doute, qu'une de ces mutilations mystiques, comme celles que jugent encore utile de s'appliquer sur le prépuce ou diverses autres parties du corps les peuples primitifs contemporains.

La craniectomie vers le milieu du siècle dernier fut préconisée contre *l'idiotie* (14). On croyait alors, en effet, avec Wirchow que cette maladie avait pour cause l'obstacle apporté au développement cérébral par l'ossification prématurée du crâne. Cunningham-Dublin fixait cet arrêt de développement au quatrième mois de la vie intra-utérine. Lannelongue fut un des plus zélés opérateurs. Mais Bourneville démontra l'inutilité de l'opération par la présentation de 505 crânes d'idiots, dont un seul offrait une synostose complète, et dont 24 seulement avaient une synostose partielle. D'ailleurs, dès

1872, Wirchow avait abjuré sa théorie pathogénique. La trépanoponction et la ponction directe, ne donnant que des résultats insignifiants dans l'idiotie avec hydrocéphalie. Souvent la réaction inflammatoire qui suit l'intervention, et qui augmente la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien, amène des accidents, sur la gravité desquels insiste Bourneville. Le même auteur a montré aussi le danger des injections médicamenteuses, comme celle des solutions iodées dans les ventricules.

La paralysie générale fut également traitée par la craniectomie par Tay-Sachs, Harisson, Cripp, Wagner, John-Mac Pherson, David Vallace, Pengrueber. L'insuccès fut complet même lorsqu'on terminait l'opération par le drainage du liquide céphalo-rachidien, suivant les méthodes de Batty, Turk, Goodall, John Turnes.

Des états *maniaques*, des états *démentiels*, des états *hallucinatoires* ont été traités par l'ablation de segments de l'écorce frontale, pariétale, temporale par Burckard (23) sans succès.

L'échec de toutes ces interventions sur le crâne en psychiatrie n'est pas pour surprendre. Tout d'abord, le cerveau n'est pas le seul segment du système nerveux dont une lésion puisse causer la folie. Chaque jour met en évidence l'importance du système sympathique dans la formation du psychisme. Ensuite, quand la lésion siège réellement au cerveau, sa nature histologique la fait échapper aux atteintes du chirurgien.

Il est cependant certains troubles mentaux qui peuvent disparaître à la suite d'une ouverture de la boîte osseuse et de l'œuvre du bistouri sur le cerveau. Ce sont ceux qui sont en rapport avec certaines tumeurs, une collection suppurée, certaines hémorragies intracraniennes. Ces troubles mentaux se caractérisent par une forme de « confusion mentale », torpeur intellectuelle, plus ou moins grande, entrecoupée parfois d'accès d'agitation avec, quand il s'agit de tumeur cérébrale, jovialité d'humeur, appelée moria. L'opération fait alors disparaître les troubles mentaux avec les

troubles neurologiques (paralysies, vertiges, céphalées, convulsions, ataxie, signes oculaires, etc). Il en est de même de la confusion mentale, qui peut apparaître tardivement après une commotion (19). Egalement, les troubles mentaux de l'épilepsie traumatique sont améliorés dans les très rares cas où l'opération est indiquée (17) par les signes physiques localisés.

En somme, *ce sont les signes neurologiques et non les signes mentaux qui sont une indication de l'intervention cranio-cérébrale.*

2° Chirurgie corporelle. — Elle s'inspire de l'idée de l'inter-dépendance des divers organes, de ce que les anciens appelaient la sympathie organique (1). Vers le milieu du siècle dernier, se forma la conception de la folie sympathique (5), ébauchée déjà par Whytt (2), en 1877, et dont Loiseau (3) et Azam (4) firent une longue description. Elle peut ainsi se formuler : « La folie ne comportant pas de lésion visible du cerveau, et la maladie d'un organe pouvant entraver le fonctionnement des autres, il est à supposer que les troubles mentaux d'un individu donné ont pour cause la lésion de quelque partie plus ou moins cachée de son corps. » On se mit donc à examiner consciencieusement les organes des aliénés et à recourir à la chirurgie, pour obtenir l'émondage des éléments viciés de leur organisme. On fouilla surtout le ventre, parce que l'inaccessibilité de ce qu'il renferme permettait plus aisément le triomphe de la théorie. Et insensiblement, on en arriva à préconiser l'action du chirurgien sur des organes sains (7, 11, 12, 13).

Presque tous les viscères furent attaqués et enlevés dès que les progrès opératoires le permirent sans danger. Les organes génitaux (9) eurent les honneurs de ces assauts de bistouri. On attribuait, en effet, une influence prestigieuse à la fonction sexuelle dans la genèse de l'hystérie. Et, jusqu'à la fin du siècle, ce vocable engloba près de la totalité des psychoses.

L'utérus des aliénées fut cautérisé (Lisfranc, Bazin), redressé, fixé, enlevé sous prétexte de métrite, de dépla-

cement. L'ovaire fut enlevé sous prétexte d'inflammation, et de magnifiques statistiques, que l'on trouvera rapportées dans les études de Piéchaud, Picqué, Fèbvre (6), Brucke, furent publiées dans divers pays sur l'heureuse influence des opérations gynécologiques dans les maladies mentales. La clitoridectomie fut instituée, non seulement à titre curatif, mais à titre prophylactique. L'Anglais Baker Brown (5) excisa systématiquement le clitoris de toutes les femmes qu'il soupçonnait de se masturber, pour les empêcher de devenir folles, la masturbation étant considérée alors une cause importante de folie. L'Américain Franc Lydstone (6) prétendait guérir l'asthénie en sectionnant la veine dorsale de la verge. Lallemand avait déjà avec succès cautérisé le veru montanum de certains déprimés.

On fixa des reins (10ª) suspects de flottement. On enleva des thyroïdes (10ᵇ) plus ou moins dégénérées. — Ott de New-York pratiquait la ponction du foie, organe qui siège dans l'hypochondre, pour guérir l'hypochondrie !

Les enthousiastes de l'opération invoquaient les observations de Pinel, d'Esquirol, de Guislain, de Jacobi, qui avaient constaté des maladies utérines chez quelques-unes de leurs malades. Ils citaient la découverte des altérations du sympathique abdominal trouvées à l'autopsie par Pinel et Lobstein, la description de Bichat sur la transformation fibreuse du ganglion semi-lunaire chez les aliénés.

Cependant, la majeure partie des aliénistes resta réfractaire à cet enthousiasme. Falret, Stahl, Cullen insistèrent sur les nombreux échecs des opérations. Et Georget concluait qu'il n'existe qu'un rapport secondaire, quand ce n'est pas une simple coïncidence entre les troubles mentaux et les maladies des viscères.

L'expérience a aujourd'hui mis les choses au point. Le dernier des doctrinaires de la cure chirugicale de la folie, L. Picqué (7), chirurgien des asiles de la Seine, dut avouer à contre-cœur, en 1911, que « sur 2.666 opérations qu'il pratiqua en 30 ans sur les aliénés, il n'avait eu qu'un petit nombre d'améliorations. »

S'il en est ainsi, c'est que dans l'état de nos connaissances, la loi de l'interdépendance des organes est d'une vérité beaucoup plus théorique que pratique. On remarquera d'abord que l'intensité d'une lésion n'est aucunement proportionnée à l'étendue de son retentissement ; les plus lointains réflexes ont souvent pour point de départ une imperceptible irritation. Et le clinicien n'est encore en mesure d'identifier que de relativement grosses lésions viscérales. Ensuite, la répercussivité des excitations est éminemment variable avec les individus, cela pour des raisons mystérieuses, qu'on arrivera à percer en fouillant dans la voie ouverte par André Thomas (38) sur la répercussivité du sympathique.

En résumé, le rapport existant entre la maladie mentale et les lésions viscérales, dont un individu est porteur, est dans la majorité des cas celui d'une coïncidence, et non d'une corrélation. Lorsqu'il s'agit de lésions justiciables d'une thérapeutique chirurgicale, la coïncidence est beaucoup plus fréquente.

3° INDICATIONS CHIRURGICALES ACTUELLES EN PSYCHIATRIE. — 1° A tous âges, les syndromes, qui ne sont habituellement que des coïncidences avec une affection chirurgicale éventuelle, sont : *a*) la psychose maniaque dépressive (alternative d'accès d'agitation avec fuite des idées, excitation motrice et d'accès de dépression avec inhibition des idées et des gestes, conservation de la mémoire et de l'orientation, — absence ou rareté d'hallucinations) ; — *b*) les délires systématisés (hallucinatoires ou non, construction d'un système de persécution ou de grandeur, ou d'indignité, ou d'hypochondrie, avec conservation de la mémoire et de la lucidité pour tout ce qui ne concerne pas le délire) ; — *c*) la démence (perte du jugement sous tous ses modes, de la mémoire, de l'affectivité, avec ou sans hallucinations) ; — *d*) l'invalidité mentale constitutionnelle (idiotie, imbécillité, débilité, déséquilibre).

Les syndromes qui peuvent être en corrélation avec une affection chirurgicale et parfois peuvent être amé-

liorés ou guéris par une intervention sont la confusion mentale et la fausse hypochondrie.

a) La « confusion mentale », expression psychique d'un état infectieux ou toxique quelconque (torpeur intellectuelle, désorientation dans l'espace et le temps, état de rêverie avec accès d'agitation hallucinatoire surtout visuelle), peut se trouver en rapport avec une *suppuration* quelconque, une *tumeur surtout cancéreuse,* une *hémorragie extrême.* Les signes physiques concomitants et le plus souvent antécédents indiquent le point du corps, crâne, tête, cou, poitrine, abdomen, membres (salpingites, métrites, fibromes utérins, péritonites enkystées ou non, empièmes, adénites, ulcères, néoplasies, goître, etc.), où est le mal à opérer.

b) La « fausse hypochondrie » se caractérise par la répétition incessante de plaintes concernant l'accomplissement défectueux ou douloureux d'une fonction du corps, par des consultations incessantes auprès des médecins et chirurgiens, par des inquiétudes sur l'avenir, par des accès de désespoir, par un espionnage anxieux des moindres signes de défaillance de la santé, par des lectures médicales sans trève. Elle se distingue de l'hypochondrie vraie ou *sine materia* par des nuances psychologiques et par l'existence d'une maladie organique vraie. Elle est *cum materia.* Ces malades sont traités de neurasthéniques, de psychasthéniques par des chirurgiens que l'exagération et la bizarrerie de leur conduite engagent à ne pas les examiner trop profondément. Et pourtant, la lésion organique souvent minime, dont ils sont porteurs, et dont la suppression mettrait un terme aux réactions de leur tempérament névropathique, est parfois justiciable de la chirurgie (tumeurs plus ou moins discrètes n'ayant pas intoxiqué l'organisme, rétrécissements surtout uréthraux, adhérences, hypertrophies, notamment de la prostate etc.). Mais il faut être extrêmement prudent dans la pratique de ces opérations, à cause de l'association fréquente d'une mentalité revendicatrice à cette fausse hypochondrie : injures, tracasseries procédurières, coups et même assassinat peuvent être pour l'opérateur le prix de son intervention.

2° Chez l'enfant. « L'arriération mentale », qu'il ne faut pas confondre avec la débilité mentale, et « l'indiscipline morbide » peuvent avoir pour cause une ou plusieurs méiopragies organiques du ressort de la chirurgie ou de l'orthopédie. Végétations adénoïdes du pharynx, scolioses, goîtres, etc. J'ai rapporté ailleurs avec Charon (20) la surprenante histoire d'un garçon de 12 ans, chez lequel l'ablation d'un calcul vésical révéla l'existence d'une vive intelligence, dissimulée jusque-là sous le masque d'une fausse imbécillité et de fausses perversions morales. Régis (21) cite notamment un adolescent qui, après avoir passé chez le rhinologiste pour une déviation de la cloison et des végétations adénoïdes, chez l'oculiste pour un épiphora, chez l'orthopédiste pour des pieds plats, chez l'électrothérapeuthe pour de l'atonie, subit une transformation mentale des plus heureuses.

En résumé, il existe quelques cas de troubles mentaux qui sont susceptibles d'amélioration, ou même de guérison, par une opération chirurgicale. Mais *ce sont les signes physiques de l'affection organique concomitante qui doivent seuls servir d'indication opératoire.* Méconnaître cette vérité, non seulement conduit aux pires déboires, mais expose le chirurgien aux plus grands dangers. Le martyrologe des chirurgiens tués par leurs anciens opérés, comme les Maubrac, les Pozzi, les Guinard est là pour l'attester. Et, en cas d'urgence, avant d'opérer un psychopathe, le chirurgien agira avec prudence, en demandant l'avis d'un aliéniste sur les réactions du malade. Ce sont les conclusions qui se dégagent de la discussion du rapport de Picqué (7) sur la chirurgie des aliénés. C'est l'avis des chirurgiens également (Thomson, Mayo, etc).

B. Psychothérapie chirurgicale. — Son but est de guérir la maladie en agissant sur l'esprit du malade. C'est la simulation d'une opération, pour faire croire au sujet qu'on a enlevé la cause de son mal. C'est la chirurgie suggestive.

Bien entendu, on ne saurait songer à l'appliquer

qu'aux psychopathes dont la lucidité est suffisante pour que la suggestion agisse. Le plus souvent, ce sont des hypochondriaques accusant des douleurs bizarres dans telle ou telle partie du corps, attribuées par eux à l'existence d'un animal rongeur. On endort le malade, on pratique une incision dans la région où il se plaint. Et à son réveil, on lui montre une tumeur ou un insecte, un lézard, un ver que l'on prétend avoir extrait. C'est ce que firent Esquirol, Velpeau, Richelot.

Les plus heureux résultats qu'on ait enregistrés ont été une amélioration de quelques heures ou de quelques jours dans l'état du malade. Mais celui-ci revient bientôt demander une nouvelle intervention sous le prétexte que la bête a laissé des petits. Cloquet éluda l'objection d'une de ses opérées en déclarant que la couleuvre trouvée était mâle, mais ne la convainquit pas pour cela. Levassort reçut d'une opérée deux coups de révolver pour prix de l'extraction simulée d'un crabe vers 1907.

La psychothérapeutique chirurgicale est donc très dangereuse, plus pour l'opérateur que pour l'opéré ; car l'hypochondriaque vrai ou faux se double parfois d'un revendicateur et d'un amoral. Jamais amélioré, souvent aggravé, il se retourne contre le chirurgien, le harcèle de plaintes et de menaces, l'attaque en dommages et intérêts ou même le tue. *Il ne faut jamais se risquer à cette psychothérapie.*

III. ESPÉRANCES CHIRURGICALES DE LA PSYCHIATRIE

Le psychiatre ne peut plus méconnaître la source d'informations nouvelles que lui ouvre la chirurgie. Nombre de chirurgiens contemporains possèdent les aptitudes requises pour lui apporter d'utiles renseignements et peut-être par surcroît de nouveaux moyens d'action thérapeutique. L'un des plus illustres J.-L Faure (24) a, dans une éloquente plaquette sur les qualités mentales nécessaires à l'exercice de son art, prouvé que la virtuosité de la main pour fouiller la

chair n'exclue pas la perspicacité du jugement pour scruter l'âme. Dans son ouvrage sur l'Evolution de la chirurgie, Lecène (25) offre aux psychologues une magnifique documentation sur les rapports de la technique et de la logique, ou pour mieux dire, sur le rôle respectif de l'action et de la pensée dans le progrès humain. Enfin Leriche (27) dans ses publications (31, 32) et dans son discours inaugural (26) formule quantité d'idées nouvelles que la psychiatrie peut exploiter avec fruit.

Chirurgie de documentation immédiate sur les conditions biologiques de certains éléments de la vie psychique et chirurgie de réalisation par la cure de certains syndromes psychopathiques dans l'avenir, telles sont les espérances que l'on peut fonder sur de tels opérateurs.

1° Chirurgie psychoscopique. — « La chirurgie est devenue une des branches les plus importantes de la physiologie, et si son objet suprême est la thérapeutique, elle a parallèlement pour objet de tendre à une meilleure connaissance de l'homme sain et de l'homme malade en se considérant comme un des procédés normaux d'étude de la biologie » dit Leriche (26) en recommandant de profiter de l'opération pour expérimenter. « Il y a quantité de faits ayant trait à la connaissance de l'homme normal, ajoute-t-il, qui pourraient avec profit être étudiés par les chirurgiens sur le vivant... Sur le vivant, en opérant avec calme, un esprit original et avisé pourrait à l'aide de l'anesthésie locale, faire des observations décisives et examiner une série de problèmes en suspens sous un jour nouveau. »

Que le chirurgien, en appliquant ces sages conseils, veuille bien se rappeler que l'homme a non seulement un corps, mais encore un psychisme et voilà la psychologie dotée de précieux renseignements qu'elle transmettra à la psychiatrie.

En observant les réactions mentales sous l'anesthésie locale il étudiera la conscience, sous l'anesthésie géné-

rale la subconscience, après l'opération l'effet des modifications biologiques produites par elle sur la mentalité. Ces documents recueillis sur l'homme normal, se compléteront de ceux qui seront recherchés sur le psychopathe *à l'occasion d'opérations effectuées pour des raisons purement organiques*. On ne prône pas ici, en effet, l'utilisation de l'aliéné comme cobaye d'expérience.

Sans prétendre tracer un programme des investigations, on peut signaler quelques-uns des points où cette psychoscopie armée risque d'apporter le plus de trouvailles.

a) *Douleur.* — Le phénomène douleur est un de ceux qu'il y aurait le plus d'intérêt à élucider ; car par des nuances imperceptibles, il conduit de la pathologie interne à la pathologie mentale. La chirurgie a déjà beaucoup fait pour sa solution. Elle peut sans doute davantage.

Toute douleur que l'on ne peut pas penser anatomiquement et physiologiquement est imaginaire, ou tout au moins purement psychique, dit la science. Elle a raison. Mais cette science a le tort de ne pas connaître complètement l'anatomie, et surtout la physiologie. Au fur et à mesure de ses conquêtes en ces matières, elle voit se rétrécir le domaine de la douleur psychique. C'est ainsi que la douleur radiculaire et la douleur segmentaire ont été reconnues comme de nature physique, dès que le tronc sensitif et ses terminaisons ne furent plus considérées comme l'unique système de la sensibilité.

Il n'y a pas encore beaucoup d'années, on considérait comme psychique toute douleur dont le trajet n'était ni celui d'un tronc, ni celui d'une racine, ni celui d'un segment, dont les apparences d'irradiations n'avaient pas de justification anatomique, qui ne s'accompagnait d'aucun signe objectif, qui variait avec les émotions, et que le patient exprimait avec des termes ou des comparaisons autres que ceux du vocabulaire courant. Eh bien, pendant la guerre, les chirurgiens nous ont montré

que certaines douleurs ainsi caractérisées et appelées « causalgies » étaient conditionnées, comme le supposaient certains neurologues (27) : Meige, Anastasio Bénisty, Tinel, Sicard, etc., par un état vasculaire anormal. Cela expliquait le retentissement des émotions sur ces douleurs et leur distribution paradoxale. Est-ce qu'une étude plus fouillée de l'état vasculaire des organes internes ne permettra pas de trouver un substratum à quelques-unes des autres douleurs qualifiées psychiques ? (39).

Y a-t-il entre la douleur des nerfs sympathiques et celle des nerfs du système cérébro-spinal les différences que certains neurologues ont schématisées ? Le sympathique n'a-t-il pour fonction, comme le veut Tournay (28), que d'accorder les éléments récepteurs de la sensibilité ?

L'excitation portée sur les nerfs ou sur les artères, l'excision des ganglions, des filets du sympathique, la sympathectomie périartérielle, les comparaisons entre les anesthésies locales de sièges différents en diront quelque chose et apporteront quelques données utiles à la cénesthésie. Leriche (40) a montré la vraisemblance du rôle que le nerf sinuvertébral peut jouer dans la conduction lointaine des réflexes provoqués sur un point quelconque, même hétérolatéral du corps. Certaines topoalgies crues pithiatiques n'ont-elles pas quelque condition physique analogue ?

Simon et Fontaine (29), en opérant des animaux, puis des hommes, ont constaté que les tractions sur les viscères déterminent une chute de pression d'autant plus intense que l'anesthésie est moins complète. Il semble qu'il y ait un parallélisme entre la perception de la douleur et cette chute de la pression. S'il en est ainsi, les défaillances qu'une douleur détermine chez les personnes à sensibilité très vive, péjorativement traitées de douillettes, ont pour cause une variation de la pression qui, si elle se produisait chez les personnes laudativement qualifiées d'énergiques, détermineraient probablement les mêmes effets.

Les rapports entre la douleur et l'état vasculaire que

constate le chirurgien, sont-ils les mêmes chez tous les individus ? — La douleur n'est-elle, comme l'affirment certains psychologues, qu'un degré extrême de n'importe quelle sensation, ou est-elle une sensation spécifique conduite par des fibres dolorifères spéciales, comme le prétendent d'autres avec Mlle Ioteyko ?

Remarquons d'ailleurs que Head, en se coupant un nerf sensitif, pour étudier sur lui-même le phénomène de la sensibilité, se livra à une opération qui, pour n'être pas grave, ressortit du moins à la chirurgie. C'est en électrisant la scissure pariétale d'un malade qu'il avait trépané pour épilepsie, que Cushing obtint, sous anesthésie locale, sur la topographie corticale de la sensibilité, des précisions que seul l'homme, ayant gardé sa conscience, pouvait lui donner.

b) *Cénesthésie.* — La cénesthésie (30) est le sentiment qui, accompagnant tous nos processus mentaux et physiques, nous donne l'impression que c'est bien en nous qu'ils se passent. C'est le sentiment du fonctionnement de notre être, de notre personnalité vivante. Il est ignoré de l'homme normal, qui jamais ne se pose la question de sa propre personnalité, mais il conditionne les variations de son humeur. Il est toujours troublé chez le psychopathe, qui croit les choses changées, ou se croit changé, parce que ses processus mentaux et physiques s'accompagnent d'un sentiment étrange, différent d'autrefois. La cénesthésie est à la base du sentiment d'automatisme et d'inhibition des délirants, des maniaques, des mélancoliques, du sentiment de transformation corporelle ou intellectuelle, de non-existence de l'hypochondriaque, du mélancolique.

Lorsque le chirurgien anesthésie les splanchniques, il abolit toute une foule de sensations viscérales. Or d'après la plupart des auteurs, ce sont les sensations internes qui contribuent le plus puissamment à l'édification de la cénesthésie. Est-ce que dans ces conditions l'anesthésié n'éprouve pas qu'un changement s'est opéré en lui dans sa façon de penser, de sentir ? A-t-il la même affectivité ? S'émeut-il des mêmes choses ? Identifie-t-il ses perceptions comme auparavant ?

Par exemple, en voyant ses enfants, ne croit-il pas ne pas les reconnaître comme tels, parce qu'il ne ressent plus en leur présence les mêmes sentiments que jadis ? Quelle est la disposition de son humeur ? A-t-il l'impression d'être transformé en une matière inanimée ? etc... Immédiatement après les ablations chirurgicales des viscères, y a-t-il des manifestations de cet ordre à signaler ? D'une façon plus générale, y a-t-il une différence dans la cénesthésie d'un individu pendant son anesthésie locale, et en dehors d'elle ? Ces différence sont-elles d'intensité variable avec les régions de cette anesthésie ?

Intervenant chez un hypochondriaque ou un mélancolique pour une raison tout autre que son délire, pour une fracture, un traumatisme par exemple, le chirurgien pourra voir si l'anesthésie locale, l'ablation viscérale, la sympathectomie de telle ou telle artère en a modifié les troubles cénesthésiques. Les renseignements ainsi recueilis aideraient à la solution du problème du siège cérébral ou périphérique de la perturbation cénesthésique.

Leriche (41) a déjà amassé de précieux documents sur le rôle du sympathique dans la constitution du sentiment de la personnalité. Il a remarqué que presque toujours, même lorsque le résultat recherché n'est pas atteint, le malade néanmoins déclare éprouver un certain bien-être, après avoir été ramiectomisé. Ce fut notamment le cas d'une femme atteinte de maladie de Little que l'opération ne débarrassa pourtant pas, comme elle l'avait espéré, de ses contractures. Pour lui, les rameaux communicants sont des voies centripètes, apportant une foule d'impressions organiques, c'est-à-dire des conducteurs de la cénesthésie.

c) Angoisse. — L'angoisse ou sensations de constriction rétropharyngienne, d'étouffement et de mort imminente n'est que la face organique d'un phénomène dont l'anxiété est la face psychique, et qui est de nature cénesthésique. Les manifestations anxieuses se rencontrent dans la mélancolie, la psychasthénie, l'hypochondrie. Les peurs des hallucinés ont souvent la forme

anxieuse. De même, les palpitations de cœur sont les accompagnatrices habituelles des états anxieux.

Or les chirurgiens avec Jonesco nous disent que l'angoisse la plus intense, celle de l'angine de poitrine, disparaît par la section du sympathique cervical. Et Leriche (31) a proposé de traiter par l'ablation du ganglion étoilé gauche, ou par celle de ses seuls rameaux, les palpitations de la tachycardie essentielle paroxystique. Lors de pareilles opérations, on pourrait étudier si l'état mental anxieux, plus ou moins évident dans de telles maladies, est amélioré parallèlement à l'état physique angoissé. Le sujet est-il plus optimiste, plus calme, son sommeil est-il moins agité, ses rêves sont-ils moins effrayants ?

d) Impotence. — Enfin, il serait peut-être possible aux chirurgiens de constater des variations dans l'état de tonicité de certaines artères, surtout de celles qui irriguent divers centres nerveux, cela pour explique les asthénies, les impotences fonctionnelles, plus ou moins durables, que l'on traite d'hystériques, de pithiatiques, d'imaginaires. La découverte par les chirurgiens, dont Sencert, de la stupeur artérielle, est très suggestive à cet égard. Un simple choc sans meurtrissure des parois d'une artère peut la faire se contracter si intensément que la circulation s'arrête, frappant d'anémie tout son territoire d'aval et paralysant toutes les fonctions qui s'y accomplissent. La sympathectomie des artères surrénales améliore-t-elle l'asthénie ?

e) Subconscience. — L'anesthésie générale, au moment de la prénarcose, est un moyen de fouiller la subconscience, qui est bien loin de donner des résultats certains, mais qui est intéressant. Des psychiatres, comme Claude, Borel, Robin (34) y ont eu recours chez les aliénés. Mais Elie Faure (33), en étudiant les réactions des malades chirurgicaux qu'il endort, a pu constater les effets de la guerre sur le psychisme. Le nombre des agités lors de la prénarcose est énomément plus considérable qu'avant 1914. Il reconnaît aux signes d'une anxiété fruste parmi les calmes ceux qui ne le

sont que par feinte. Et il distingue le déséquilibré simple, appelé nerveux par lui, de l'intoxiqué. Voilà de la clinique psychoscopique.

f) Conséquences lointaines des opérations chirurgicales sur la mentalité. — La notation des changements apportés dans l'activité intellectuelle, l'humeur, l'émotivité après les opérations, peut être du plus gros intérêt. Par exemple, y a-t-il un retentissement sur l'intelligence après les ligatures pour anévrisme de l'artère carotide primitive ? J'ai vu éclore soudainement après une telle ligature un délire systématisé ; semblable succession a-t-elle été déjà observée ? (45).

g) Introspection. — L'exercice de la profession soumet le chirurgien à de violentes émotions elle lui impose d'effrayantes responsabilités et des décisions rapides. En racontant comment il y réagit, il apporte des méthodes d'hygiène mentale dont d'autres peuvent faire leur profit. J.-L. Faure, dans son étude sur l'âme du chirurgien (24) montre comment on ne doit pas confondre indifférence et sang-froid, prestige et vanité. En présence d'un chien et d'un enfant, qui ne l'ont jamais vu, aime à dire Leriche (41), le candidat chirurgien, pour être admis à l'étude de cet art, devrait arriver en cinq minutes à caresser le premier et à prendre le dernier dans ses bras, sans les effrayer, ni les faire crier. Comment le psychiatre ne s'instruirait-il pas à fréquenter de tels psychologues, et à leur demander le résultat de leurs observations dans le domaine mental ? L'attitude du public contemporain envers le chirurgien qu'il divinise, place celui-ci sur un poste d'observation exceptionnel d'où il peut voir de près ce que d'autres n'aperçoivent que de loin.

2° Chirurgie thérapeutique. — Bien ridicule serait celui qui, à l'heure actuelle, voudrait prédire l'avenir thérapeutique de la chirurgie en psychiatrie. Les chirurgiens seraient les premiers à se railler du psychiatre qui s'aventurerait à des prophéties, car ils pensent avec Lecène que « savoir reconnaître les limites d'action de la technique dont il dispose, telle doit être la pre-

mière qualité du chirurgien ». Mais le même maître écrit que la chirurgie, selon la marche d'ailleurs de la plupart des sciences, n'a pas avancé par progression continuelle, mais par bonds, par révolutions, qui modifient soudain et radicalement toutes les conceptions théoriques et toutes les pratiques techniques. Espérons donc !

La clinique nous montre qu'après des trentaines d'années de chronicité, des maladies mentales, crues incurables, disparaissent momentanément ou même définitivement à l'occasion d'une maladie organique intercurrente (18). Est-ce qu'une meilleure régulation de la circulation sanguine par le bistouri ne pourra pas produire un jour ce que fait l'excitation d'une fièvre ou d'une excitation ?

M. Sicard (42) a émis l'hypothèse d'une cure chirurgicale de la paralysie générale : vaste craniectomie, scarification du cortex, mise en contact direct de celui-ci avec le tissu dermique intracranien. Mais avant de recourir à une aussi sanglante et mutilante opération et de s'attaquer à une affection où les lésions sont si stabilisées, ne pourrait-on pas tenter une beaucoup plus bénigne intervention contre les vésanies à lésions invisibles ? Leriche, par la sympathectomie artérielle, rétablit une si bonne irigation des régions d'aval, que les ulcères y guérissent et les fonctions s'y rétablissent. La sympathectomie des carotides modifierait peut-être la circulation cérébrale d'une façon heureuse, bien que les artères du cerveau n'aient pas de vasoconstricteur. L'organe mieux nourri verrait peut-être sa fonction se rétablir. Quelle contre-indication y aurait-il à faire ce simple épluchage incidemment, alors que le chirurgien doit intervenir sur le cou d'un aliéné pour un goître, une tumeur, un traumatisme ?

Qu'on remarque que M. Laignel-Lavastine a déjà obtenu d'excellents résultats de la sympathectomie dans l'épilepsie avec Tinel.

Il ne faut pas oublier toutefois que le cerveau n'est pas le seul objectif à avoir en vue. Il n'est pas le seul organe dont l'intégrité soit nécessaire pour le bon fonc-

tionnement mental. À côté de lui, le jeu des glandes à sécrétion interne et du système autonome qui les innerve est indispensable. Cela en vertu de mécanismes physiologiques, que l'on trouve très bien décrits dans « cette somme des connaissances de la biologie psychiatrique » qu'est le beau livre de Laignel-Lavastine sur le sympathique.

3° Chirurgie sociologique. — Enfin, dans certains pays, on demande déjà à la chirurgie de jouer un rôle de prophylaxie mentale sociale. La castration est appliquée officiellement à certains déséquilibrés, notamment aux pervers moraux, à cause du danger que les tares héréditaires de leur postérité feraient courir à la société future. Ces pratiques qui sont en honneur dans certains états d'Amérique et de Suisse (43) sont encore de date trop récente pour qu'on puisse juger leurs résultats ; mais il n'y a aucune objection théorique à dresser contre elles.

IV. CONCLUSIONS

Les seuls résultats pratiques que l'expérience ait donnés jusqu'à présent doivent se libeller de la façon suivante : 1° Jamais, un trouble mental ne saurait constituer à lui seul une indication opératoire. Mais quand un trouble mental est lié à l'existence d'un trouble somatique justiciable d'une intervention chirurgicale, ce qui est rare, celle-ci le fera disparaître. *C'est donc l'état organique, et non l'état mental, qui doit décider le chirurgien.* Les troubles mentaux liés à l'existence d'un trouble somatique se présentent généralement sous la forme de la confusion mentale ou de la fausse hypochondrie. En tous cas, sauf quand il y a urgence, la décision du chirurgien ne devra être prise qu'après avis du psychiatre, à cause des dangers qu'une mentalité revendicatrice, passée inaperçue, pourrait faire courir à l'opérateur. — 2° Jamais, la psychothérapie chirurgicale, ou simulation d'opération à but suggestif, ne doit être pratiquée.

La médiocrité des apports de la chirurgie à la psychiatrie tient à la fois à l'insuffisance du développement des deux sciences et au fait que dans leurs rencontres, les psychiatres et chirurgiens ne dépouillèrent pas suffisamment les uns et les autres leurs propres habitudes mentales. La chirurgie était trop absorbée par l'édification de ses techniques pour s'intéresser aux méthodes psychiatriques. Et la psychiatrie, trop peu instruite des conditions biologiques de la pensée, demandait à la chirurgie, en qui elle ne voyait qu'un art, des interventions purement thérapeutiques et trop imparfaitement raisonnées.

Désormais, puisque la chirurgie, en pleine possession de ses techniques aborde l'exploration physiologique de l'homme, elle pourra tout d'abord apporter à la psychiatrie une documentation psychoscopique importante, en étudiant, grâce à l'anesthésie locale, les phénomènes de douleur, d'angoisse, de cénesthésie, d'asthénie, en observant les réactions mentales des opérés pendant le sommeil anesthésique, avant et après l'opération. Elle pourra peut-être lui apporter encore la guérison de certains syndromes psychosiques, en appliquant sur les aliénés, lorsqu'elle est appelée à intervenir sur eux pour des raisons organiques, certaines de ses découvertes, comme celle de la régularisation de la circulation par sympathectomie périartérielle. La psychiatrie est d'autant mieux apte à la diriger dans ses recherches, qu'elle sait maintenant que le sympathique et les glandes endocrines sont presqu'aussi importants que le cerveau pour le jeu de la pensée.

Le psychiatre a donc intérêt à suivre le conseil que le maître de la science médicale française, Bouchard, formulait, il y a une trentaine d'années, en écrivant : « Quand toutes les maladies tendent à devenir chirurgicales, il serait bon que le médecin devînt un peu chirurgien. Le vrai médecin de demain sera le chirurgien. » Rien ne prouve que la prophétie du grand pathologiste se réalise un jour. Et, en ce qui concerne la psychiatrie, les espérances exposées plus haut seront peut-être déçues. Néanmoins, le psychiatre retirera le

plus grand fruit, sinon à collaborer, du moins à ne pas perdre le contact avec le chirurgien. La chirurgie, comme l'écrit Lecène, a contribué à l'élimination du mystique dans la conception des maladies, et cette élimination est la première condition de la constitution d'une médecine scientifique. Elle a contribué, dit ailleurs le même auteur, à libérer l'esprit médical du joug des dogmes et des systèmes. Or, nulle spécialité plus que la nôtre ne risque de s'égarer dans le mysticisme et la métaphysique. Et nous n'oublions pas que c'est à Dupuytren que nous devons la première description de la confusion mentale appelée par lui le délire nerveux des blessés.

Convaincus, par ailleurs, avec Bergson, de la supériorité de « l'homo faber » sur « l'homo sapiens », nous sommes les premiers à confesser notre admiration pour une science si objective, pour un art si réalisateur, et nous souscrivons à la fière parole de J.-L. Faure: « Quelle joie peut-on concevoir, qui soit plus haute et plus profonde que de vaincre la maladie, de triompher de la nature et d'être plus fort que la mort. »

Néanmoins, malgré ses déceptions et ses misères, nous l'aimons, notre psychiatrie, parce qu'en poursuivant ses mirages, nous traversons tous les paysages de l'innombrable humanité. Dans les défilés de l'angoisse et le désert de l'impuissance, nous nous rappelons la sérénité des cimes et les oasis du succès. Nous sommes loin de tout comprendre, mais rien ne nous surprend. Nous savons que l'absolu est hors d'atteinte, mais que le relatif a ses lois, que la matière conditionne l'âme, mais que les âmes s'influencent et ont barre sur la matière, que rien n'est plus naturel que le surnaturel, dont l'existence n'est que temporaire. Assez sages pour ne pas voir partout des fous, nous laissons la justice demander ses comptes au délinquant chez qui nous ne constatons rien de morbide, mais nous conservons au criminel notre compassion, car nous voyons chaque jour la détresse de l'individu devant la conjuration des fatalités de sa nature et des inégalités sociales.

Pour extirper la maladie, nous ne possédons pas d'instrument, et la fidélité de nos remèdes est inconstante. Mais il nous arrive de déjouer les combinaisons du sort pour soustraire une intelligence à ses coups, et de réussir à réadapter les tronçons de celle qu'il a mutilée. Si nous n'arrachons pas sa proie à la mort, nous soulageons et consolons les condamnés à la vie. Nous aidons à vivre, si nous n'empêchons pas de mourir ! car l'expérience nous a appris que l'illusion est la plus grande des forces mentales et qu'elle a prise sur presque tous les cœurs, mais que le secret de notre art est de deviner pour chacun d'eux le point de son application.

Notre scepticisme ne saurait donc être stérilisant puisqu'il garde le germe de l'espérance. Aussi, lorsqu'il n'est plus de phare pour éclairer le naufragé, nous trouvons parfois la lunette qui lui fait découvrir une étoile dans les ténèbres du néant.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Voisin : *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1877. — (2) Whytt : *Traité des maladies nerveuses, hypochondriaques et hystériques.* Traduit à Paris, 1777. — (3) Loiseau : *Mémoire sur la folie sympathique*, Paris, 1857. — (4) Azam : *De la folie sympathique*, 1858. — (5) Ball : *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1883. — (6) Franz Lydstone : *Med. Record*, 1912. — (7) Picqué : Des indications opératoires chez les aliénés. *Congrès des alién. et neurol. du Puy*, 1913, et *Psychopathie et chirurgie*, 1 vol. Masson. — (8) Picqué : De l'inutilité et du danger des opérations simulées. *Soc. de chirurgie*, 1907, et *Académie de Médecine*, 1912. — (9) Bossi : *Congr. d'obstétrique de Paris*, 1911. — (10*a*) *Rapports entre la thyroïde et les troubles mentaux.* Renaut : *Soc. méd. des hôpitaux*, 1890. — Deway : *tym. méd.*, 1897 ; Ballet, Raymond et Sérieux : *Revue de Médecine*, 1892 ; Régis : *Traité de Psychiatrie ;* Poncet : *Leçons de clinique chirurgicale*, 1904 ; Betcherew : *Arch. neurol.*, 1912. — (10 *bis*) *Rapports entre rein mobile et troubles mentaux.* Goelet de New-York, Harlan de Cincinnati, Oster d'Oxford, Ruggi et Fiori. Picqué : *Soc. de Psychiatrie*, 1913. — (11) Latapie : *Etats mélancoliques et infectieux, d'origine chirurgicale.* Th. Paris, 1908. — (12) Capgras et Picqué : Confusion mentale et appendicite, *Soc. psychiatr.*, 1911. — (13) L'origine des délires. *Discussion de la Soc. méd. psychol.*, 1909. — (14) Taquet : *Idiotie*, Th. Paris, 1892. — (15) Dupuytren : *Mémoires sur les fractions du péroné*, 1819. — (16) Picqué et Féburé : *Ann. méd. psychol.*, 93. — (17) Béhague : De l'épilepsie traumatique, *Congrès des alién. et neurol.*, Luxemb., 1921. — (18) Courbon : De la régression des troubles mentaux dans les mala-

dies organiques intercurrentes, *Rev. neur.*, 1923. — (19) COURBON : Traitement des états psychopath. par la ponction lombaire et la trépanation, *Soc. clin. de méd. ment.*, déc. 1920. — (20) CHARON ET COURBON : Anomalies psychiques de l'enfance et lésions somat. *Encéph*, 1911. — (21) RÉGIS : Rôle du médecin dans l'assistance éducative des anormaux, *Médecine et médecins*, mai 1912. — (22) LERICHE et FONTAINE : Sensibilité du sympathique, *Presse méd.*, 15, 8, 1925. — (23) BURKHARD : *Congr. de méd. de Berlin*, 1890. — (24) J.-L. FAURE : L'âme du chirurgien, *La Revue*, avril 1903, et Discours inaugural de la chaire de gynécologie, *Presse médic.*, 1919. — (25) LECÈNE : *L'évolution de la chirurgie*, Flammarion. 1923. — (26) LERICHE : *Presse méd. et Strasb. médic.*, 1925. — (27) *Séance de la Soc. de neurologie*, de 1914 à 1919. — (28) TOURNAY : *Soc. de psychol.*, juin 1924. — (29) SIMON et FONTAINE : Recherches expérimentales et cliniques dans l'anesthésie en chirurgie gastrique. *Congr. de chirurgie*, Paris, 1924, et *Strasbourg médic.*, 1924. — (30) SOLLIER : *Congr. de psychologie de Genève*, 1909, et SOLLIER et COURBON : *Sémiologie pratique des maladies mentales*, Masson, 1924, p. 250. — (31) LERICHE : Possibilité d'un traitement chirurgic. de la tachycardie paroxystique, *Lyon. Chirurg*, janv. 1924. — (32) LERICHE et FONTAINE : *Soc. de neurol. de Strasb.*, nov. 1925. — (33) Elie FAURE : *Presse méd.*, 1925. — (34) Claude BOREL et ROBIN, *Soc, de psych.*, 1924. — (35) HÉDON et LAGUESSE : La découverte de la sécrétion interne et l'organisation du travail scientifique, *Presse méd.*, 25 nov. 1925. — (36) POLICARD : *Précis d'histologie physiolog.* — (37) COURBON : De l'inégalité d'intérêt du public pour les blessés et les malades de la guerre. *Annales méd. psychol.*, 1917. — (38) André THOMAS : La répercussivité du sympathique. — (39) MAILLARD : Les douleurs psychopathiques. *Congr. d'alién. et neur.*, Amiens, 1911. — (40) LERICHE : Le nerf sinuvertébral, *Presse méd.*, 1924. — (41) LERICHE : *Renseignements oraux.* — (42) SICARD : *Le problème thérapeutique de la paralysie générale.* Médecine, nov. 1922. — (43) *Congrès des psychiatres*, Suisse, 1925. — (44) COLIN : Discours du président, *Congrès des aliénistes et neur.*, Besançon, 1923. — (45) COURBON : *Société de neurologie de Strasbourg*, janvier 1925.

SCHIZOÏDIE, IMAGINATION et MYTHOMANIE

Par M. NATHAN

Le Professeur Claude, Borel et Robin opposent, dans leurs travaux, le schizoïde au mythomane. « Chez les imaginatifs de Dupré, l'activité créatrice résulte de l'association spontanée des idées et des images ; la construction se fait extemporanément, sur-le-champ. Les affirmations jaillissent spontanément par intuition. Au contraire, les créations de Marie (schizoïde observée par Heuyer et citée dans l'ouvrage de Borel et Robin) (1) et d'autres sujets que nous avons pu observer, se sont accomplies plus lentement et ont été longuement méditées. » Second caractère distinctif : l'imaginatif de Dupré est convaincu et donne à ses créations une véritable objectivité, ce que le schizoïde ne fait pas. En outre, l'imaginatif est homme d'action « qui conforme ses actes à ses fabulations » ; le schizoïde se contente d'une vie tout intérieure.

Malgré ces différences, ces deux syndromes ont un point commun ; la prédominance de l'imagination qui substitue, à la vérité objective, une vérité d'ordre subjectif. Les distinctions envisagées ci-dessus valent pour les cas typiques, franchement caractérisés, mais il n'en est pas toujours ainsi. Il suffit pour s'en convaincre de rappeler la vie et l'œuvre de certains romanciers particulièrement imaginatifs. On se souvient de l'anecdote du cheval blanc, que Balzac était persuadé avoir offert à Jules Sandeau et dont il détaillait complaisamment toutes les performances. On sait avec quelle intensité il vivait ses romans et avec quelle candeur il projetait ses héros dans la réalité. Un jour, un

(1) Borel et G. Robin. — *Les rêveurs éveillés*, 1 vol. N. R. F.

de ses amis en deuil lui rend visite. Plein de son sujet, Balzac lui raconte *Eugénie Grandet.* S'apercevant soudain des vêtements noirs de son visiteur, le maître, après quelques vagues paroles de sympathie, s'écrie : « Revenons à la réalité » et il poursuit sa narration... Faut-il en l'espèce traiter Balzac de mythomane ou de schizoïde ? Il serait plus juste de dire qu'il était l'un et l'autre, car l'exubérance de l'imagination est, en l'espèce, le facteur commun des deux syndromes. Dans un autre ordre d'idées, les exercices spirituels d'Ignace de Loyola offrent une variante du même phénomène, c'est-à-dire de l'imagination objectivante qui semble susceptible de se développer et de se perfectionner par l'exercice.

L'anecdote de Talma est, à cet égard, également suggestive : « Lorsqu'il entrait en scène, il avait le pouvoir, par la force de la volonté, de faire disparaître les vêtements de son brillant auditoire et de substituer à ces singuliers personnages vivants autant de squelettes. Lorsque son imagination avait rempli la salle de ces singuliers spectateurs, l'émotion qu'il éprouvait donnait une telle force à son jeu, qu'il en résultait souvent les effets les plus saisissants. » (1). Cette objectivation revêt parfois un type plus spécialement affectif, comme chez Berlioz qui, à son gré, provoquait en lui de véritables raptus passionnels, favorables à l'inspiration musicale (2).

Nous pouvons ajouter, à cette série, l'observation d'une jeune femme, cyclothymique avérée, fort intelligente, qui, dès l'enfance, se créait des romans intérieurs dont elle reconnaissait le caractère fictif. Elle les extériorisait en récits imagés dont elle confessait spontanément le caractère purement imaginaire. Elle a toujours, dit-elle, possédé la faculté de projeter au dehors, sous forme de tableaux nettement perçus,

(1) Brière de Boismont. — *Les Hallucinations.*

(2) Berlioz. — *Mémoires.* — Boschot. *La jeunesee de Berlioz,* 1 vol. *Un Romantisme sous Louis-Philippe,* 1 vol.

toutes les images qui lui traversaient, volontairement ou involontairement, l'esprit. Elle se crée ainsi une sorte d'hallucination spontanée, dont elle joue sans en être dupe et qu'elle peut faire cesser à son gré. Une fois, cependant, elle ne put chasser l'image d'un démon, qui avait surgi en elle, au cours d'une période dépressive, à l'occasion du récit d'une parente superstitieuse. Cette vision l'inquiéta pendant plusieurs mois, non point en raison de son caractère terrifiant, mais en raison des craintes de folie qu'elle lui suggère. Notre malade ajoute qu'elle retombe dans ses rêveries aussitôt qu'autour d'elle l'intérêt de la conversation languit. Une vie facile et agréable l'a préservée de la schizoïdie, c'est-à-dire de l'absorption plus ou moins complète de l'activité par le rêve intérieur. Une jeune fille dont nous avons présenté l'observation à la Société de Psychiatrie marque un type plus schizoïde de cette même tendance. Les notes fournies par le sujet lui-même sont, à cet égard, tout à fait suggestives.

Mlle A. est une jeune étudiante, fort intelligente, qui s'analyse avec la plus grande perspicacité et excelle à exprimer toutes les nuances d'un psychisme particulièrement délicat. Dès ses premières années, elle a vécu dans un milieu très divisé. Ses parents ne s'entendaient pas, et, en présence de leurs scènes violentes et répétées, elle se retirait en elle-même dans une sorte de vie intérieure, tout imaginative, qui fut, dès l'enfance, son monde d'élection.

« Les causes, dit-elle, consistent dans un isolement moral volontaire, dû à un écartement spontané de la vie quotidienne. Pourtant, dès que l'isolement devient conscient, il y a comme tout un effort de tout mon être, de toute ma personnalité pour s'y maintenir, parce qu'elle le juge plus salutaire ou simplement plus agréable que la façon de vivre de l'entourage du rêveur. Mais cet isolement s'est nécessairement rempli de quelque chose. Il a trouvé sa matière dans les lectures, dans la transfiguration des objets visuels,

surtout dans les tendances profondes qui les ont recréées pour elles-mêmes. »

Elle avoue son manque d'affectivité vis-à-vis de son entourage ; elle est, dit-elle, une égocentriste, chez qui l'altruisme est remplacé par une sorte de morale esthétique. Toutefois, elle n'est pas dépourvue d'affectivité et confesse la nostalgie d'un foyer au sens véritable du mot: « L'affection filiale, la tendresse paternelle, les confidences réciproques de frères et de sœurs, bref toute la richesse sentimentale, dont est douée une famille très unie m'a complètement manqué... J'ai eu, jusqu'à douze ans, une réserve à dépenser que j'ignorais moi-même. Mais c'est, dans l'image, la représentation littéraire idéalisée, sublimée de ces sentiments que j'ai déversé toute mon affection. C'est par elles que j'ai pris conscience de moi-même et de ce qui me manquait à ma nourriture morale. »

Mlle A. dérive ses aspirations dans des romans intérieurs dont les principaux épisodes sont dramatisés et dont les personnages, objectivement visibles pour elle, se meuvent dans un véritable décor, qu'elle détaille avec complaisance ; ils parlent, agissent, souffrent et succombent. Elle se réjouit et souffre en eux, par eux ; avant de prendre une décision elle se demande ce qu'en penserait ses héros. Son attitude, en présence de ses visions, est celle d'un spectateur bon public, captivé par le drame qui se déroule devant lui, tout en en reconnaissant le caractère fictif. A. parle à ses personnages, mais ne chercherait pas à les étreindre, ni à les toucher. Ses rêves, du reste, ne demeurent pas immuables ; elle les vit, les retouche, les modifie, sans cesse, dans la mesure où les corrections ne détruisent pas l'harmonie du personnage central.

On ne saurait mieux décrire et exprimer ce mélange d'affectivité et d'imagination capable de créer un état qui confine parfois à l'hallucination. Ce désintérêt de la vie familiale avec nostalgie d'un foyer, d'une amitié sentimentale et intellectuelle rapprochent ce syndrome des syndromes dits de compensation. C'est sous ce titre, du reste, que nous avons présenté cette malade à la Société de Psychologie.

Quoi qu'il en soit, ces deux femmes faisaient de leur vie deux parts distinctes, qui ne se mêlaient en aucune façon et n'entravaient en rien leur activité sociale et intellectuelle. Chez l'une, le drame reste intérieur, chez l'autre, il s'extériorise par un récit qu'elle avoue spontanément fictif. Le naturel plus ou moins expansif, les conditions familiales et sociales les ont respectivement orientées l'une vers la schizoïdie, l'autre vers une schizoïdie avec mythomanie exonératrice : mais, pourrait-on dire, toutes deux pensent de même, en schizoïde ou en mythomane, suivant le sens et la compréhension que l'on attache à l'un ou l'autre de ces termes. Chez d'autres sujets, au contraire, le rêve et la réalité empiètent largement l'un sur l'autre : à chaque instant l'imagination réclame ses droits ; spontanément elle amplifie et modifie les impressions premières, qu'elle fausse malgré l'intelligence et la clairvoyance du sujet. Partiellement conscient de son défaut, l'intéressé se défie de lui-même, se montre dans ses décisions tout à tour hésitant ou impulsif. C'est, suivant le proverbe, l'intelligent qui fait les plus grandes bêtises, l'emballé. incapable d'étreindre la vérité purement objective, emballé dont la conduite, pleine de contradictions, représente une véritable mythomanie en action.

Chez d'autres enfin l'imagination, canalisée par quelques idées directrices profondes et fécondes, donne à ces conceptions une vie schizoïde avant de les transporter dans la réalité avec un esprit souvent pragmatique et autoritaire. Ce sont les rêveurs actifs de Dromard, les réalisateurs à tempérament schizoïde que Kretschmer a fort bien décrits dans *Kœrperbau und Karakteret* et dont il donne comme types historiques Calvin et Machiavel.

Comme le mythomane, le schizoïde est donc bien souvent un grand imaginatif ; c'est ce qui ressort tout particulièrement du travail de Robin et Borel, « Les rêveurs éveillés » et, sur ce point, nous sommes d'accord avec eux. Nous divergeons quelque peu sur l'opposi-

tion trop tranchée, à notre avis, de ces deux types susceptibles de coexister chez un même sujet. Dans ce cas, la mythomanie n'est plus à base de vanité, de cupidité ou de malignité, comme dans les syndromes de Dupré ; elle ne s'exprime plus par des fantasmagories, des superlatifs ; elle traduit dans une langue harmonieuse et sincère le débordement de la vie intérieure, qui n'est pas toujours, comme le prétend Otto Rank pour l'artiste, à base de libido.

Dans un travail tout à fait récent, le Professeur Claude et ses élèves Robin et Rubinovitch (1) décrivent un type de schizoïdie sans exubérance de l'imagination, sans autisme, pour employer l'expression de Bleuler ; le désintérêt de la vie pratique pragmatique représente le seul symptôme, sans affecter ce caractère tragique, angoissant qu'il affecte dans la psychasthénie de Janet : ce n'est pas l'incapacité douloureuse de l'action. L'action est pour le sujet comme une matière de l'enseignement rendue ingrate par une pédagogie mal avisée. L'observation, en effet, fait ressortir à cet égard les erreurs du père. Ainsi entendu ce groupe de malades mérite-t-il de rentrer dans la schizoïdie ? C'est ce que nous ne saurions affirmer, de même pour le Dominique de Fromentin dont la retraite prématurée est due à un sentiment de modestie et surtout à la crainte de la médiocrité dans le domaine de la littérature et de l'art.

Ces réserves faites, le schizoïde de Bleuler, le rêveur éveillé de Claude, Robin, Borel, Heuyer nous semblent étroitement apparentés à un type de mythomanes sincères, sans utilitarisme, ni duplicité, ni vanité, dont la vie courante, la littérature et l'art offrent des exemples assez nombreux.

(1) H. Claude, G. Robin et Rubinovitch. — La Schizoïdie simple. *Annales médico-psychologiques*, 1926. T. I (janvier).

SYNDROME DE PSYCHOPOLYNÉVRITE CHEZ UN LÉPREUX

Par le médecin-major E.-L. PEYRE

Ancien interne des Hôpitaux

La lèpre n'étant pas d'observation commune dans nos pays, son histoire psychiatrique ne peut qu'être très simple et les travaux qui s'y rattachent peu nombreux (Jones et Pearson, de Beurmann et Gougerot, Hesnard, etc...). Nos léproseries coloniales sont trop souvent des dépôts d'incurables ; elles constituent comme un service paramédical. De cette assistance encore insuffisante, peu à peu améliorée, résulte une ignorance presque complète d'états mentaux peut-être assez fréquents et, chose plus grave, un certain scepticisme thérapeutique, en contraste avec les nombreuses et intéressantes recherches étrangères.

Le hasard des expertises nous a mis en présence d'un Annamite, peu auparavant meurtrier de sa femme au cours de phénomènes délirants très nets et chez qui la lèpre nerveuse se diagnostiqua facilement. Cette association de deux formules symptomatiques, psychose et névrite multiple, nous a paru évoquer le syndrome de Korsakoff, dont l'observation dans la lèpre n'a peut-être pas été signalée, du moins à notre connaissance. Il est évident que la névrite lépreuse évolue souvent sans concomitances mentales ; il est également banal de voir se dérouler sans phénomènes polynévritiques des états confusionnels même d'origine sûrement toxi-

infectieuse. Selon Babinski, simplement « on est en droit de dire que certains agents capables de provoquer des polynévrites peuvent aussi faire naître des troubles mentaux d'une physionomie spéciale qui coïncident souvent avec les lésions des nerfs ». L'entité morbide, envisagée par Korsakoff, disparaît ; il ne subsiste plus que la notion d'un lien de cause à effet d'une part entre l'origine commune toxi-infectieuse et d'autre part les deux syndromes mental et somatique.

Dans la névrite lépreuse, les syndromes korsakoviens sont peut-être assez fréquents. La présence constatée de bacilles de Hansen dans le cerveau et surtout l'existence possible, mais obscure encore, d'une toxine lépreuse donnent à penser que cette névrite doit pouvoir s'accompagner parfois, comme bien des polynévrites, d'un retentissement cérébral dont l'exaltation se traduira par des signes psychiques plus ou moins accentués. A dire vrai, rien n'est moins clair encore que la pathogénie des psychoses toxi-infectieuses.

Voici l'observation de notre malade :

Ng.-Van-H. — Inculpé d'homicide volontaire sur la personne de sa femme. Le bacille de Hansen est trouvé dans le mucus nasal.

Lèpre à prédominance nerveuse. Aux membres supérieurs, atrophie assez marquée des interosseux et des éminences thénar et hypothénar, ébauche du type Aran-Duchenne, abolition du réflexe périosté-cubital ; aux membres inférieurs, parésie et atrophie des extenseurs et des péroniers avec participation du groupe postérieur, abolition du réflexe achilléen, diminution du rotulien, atrophie plus légère du quadriceps fémoral ; pas de steppage, le malade traîne les pieds. Violentes douleurs paroxystiques dans les membres inférieurs ; la marche est très pénible. Présence d'escarres.

Tel est donc, très résumé, l'état de cette névrite lépreuse.

Les notions sur la crise psychique, traversée un mois avant environ, doivent être différenciées. Notre

malade sait qu'il a tué sa femme ; il l'a appris des notables et du juge d'instruction ; mais il a absolument oublié pourquoi et comment. La semaine qui a précédé le crime, celui-ci, ses premières et très intéressantes déclarations, tout cela n'est plus qu'un trou dans sa mémoire.

Les renseignements qu'il nous donne sont les suivants : Ng.-Van-H. s'est toujours bien porté, ne boit pas, ne fume pas l'opium. Il sait lire et écrire et vivait convenablement de son travail ; il ignorait comme ses proches qu'il avait la lèpre et s'accordait très bien avec sa femme. Jamais, dit-il notamment, elle n'a cherché à l'empoisonner ou à le quitter (contrairement à ses premières déclarations). Il est devenu fou quelques jours avant le crime ; il est stupéfait et très affecté d'avoir tué son épouse. Actuellement, c'est un homme très doux et très triste, d'un facies un peu hébété, d'une émotivité exagérée, qui pleure facilement à l'évocation de son crime.

Ce que le malade ne peut nous dire, les témoins vont nous le relater très complètement.

Le meurtrier était malade depuis une semaine environ ; il restait chez lui, indifférent à tout ; il se plaignait et gémissait parfois et paraissait ne pas savoir où il était ; un jour, il prit son père pour son frère. Un empirique consulté prescrit des remèdes populaires ; également appelé, le médecin de l'Assistance note des gémissements et des paroles incohérentes, alternant avec des phases d'indifférence, des gestes brusques, des idées de suicide ; le malade, dit-il, croyait souvent entendre un gong. A la fin de cette semaine de maladie, un matin vers cinq heures, Ng.-van-H. dit quelques mots à sa femme, puis la tue subitement de trois coups de hache et plonge le corps dans une mare. Toujours armé, il court vers l'habitation de son beau-père, ensuite vers celle de ses beaux-parents ; il ne trouve heureusement personne et s'élance dans le village.

Arrêté sans grandes difficultés, à demi conscient, le malade reconnaît son crime et déclare qu'il voulait

en commettre d'autres. Et c'est tout un flot de paroles délirantes : il a entendu que le ciel lui commandait de tuer sa femme ; elle ne l'aimait plus, le trompait, voulait le quitter pour un autre homme. Il l'a vue essayant de l'empoisonner.

Pendant cette maladie, sa femme a fait venir un sorcier qui l'attacha à un arbre et lui souffla dans les oreilles, chose insupportable. Ses beaux-parents, eux, poussaient son épouse à l'abandonner ; ils se moquaient de lui au cours des fêtes familiales, etc., etc.

Incarcéré, puis hospitalisé, Ng.-van-H. reste très calme et revient peu à peu à la normale.

Nous avons admis l'irresponsabilité de ce lépreux au moment du crime et invoqué l'application de l'article 64 du Code pénal.

Très vraisemblablement, il s'est agi là d'un syndrome confusionnel avec délire onirique. Ce dernier nous a paru exister dans ce cas comme dans les complications mentales des autres toxi-infections. On note ici tout un complexe hallucinatoire et délirant : des hallucinations ou illusions visuelles, motrices et auditives, des interprétations délirantes, une idée mystique d'obéissance à la volonté divine, des idées de jalousie conjugale, de persécution, de défense aboutissant au meurtre, d'auto-dénonciation prémonitoire, pourrait-on dire, — volonté avouée de commettre d'autres crimes —, des signes confusionnels — ignorance par le malade de l'endroit où il est, le père pris pour le frère —, etc...

En somme une sorte de rêve hallucinatoire, assez flou sans doute, mais comportant cependant une certaine orientation ; les constructions oniriques de notre lépreux sont entièrement dirigées contre son épouse et contre ses beaux-parents. Il est d'ailleurs bien connu que dans l'onirisme toxi-infectieux, pour si vaporeuses que paraissent les représentations mentales des malades, elles présentent assez souvent un lien plus ou moins fragile.

Le délire et la polynévrite de ce lépreux se rappro-

chent, comme acuité et comme rapidité d'évolution, d'un cas de psychopolynévrite aiguë d'origine arsenicale observé par Legrain ; notre malade nous paraît voisin également de certains délirants alcooliques ; de l'idée délirante il passe directement à l'acte délirant et tue. Il commet son crime par impulsion motrice, de grand matin, dans le prolongement diurne de son rêve. Comme dans bien des délires toxi-infectieux et surtout comme dans presque toutes les psychopolynévrites, l'amnésie de la période délirante est ici absolue ; le meurtrier a oublié son crime et le rêve hallucinatoire qui l'a précédé. Nous sommes actuellement en présence d'une amnésie lacunaire et rétrograde. La mémoire d'évocation est maintenant atteinte, après celle de fixation, sans doute ; il nous a paru, au moment des examens, que les souvenirs récents étaient simplement assez vagues, mais non supprimés.

En résumé, chez un lépreux dont la polynévrite était en évolution, nous avons cru pouvoir reconnaître un état confusionnel avec délire onirique complexe, comportant un fonds de jalousie conjugale et de persécution avec réaction de défense ; celle-ci aboutissant à un crime sauvage ; le tout a été suivi d'amnésie. Si notre interprétation de cette psychose est exacte, la lèpre peut être rangée à côté des nombreuses affections dont les lésions psychiques et polynévritiques se traduisent sous forme du syndrome de Korsakoff.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 JANVIER 1926

Présidence : MM. ROUBINOVITCH et SOLLIER, Présidents

Mme Minkowska, MM. Minkowski, Robin, Rayneau, Demay, Pierre Kahn, Olivier, Usse, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 23 décembre 1925.

La correspondance imprimée comprend l'envoi de la deuxième édition du livre du professeur Christiansen de Copenhague sur « Les tumeurs du cerveau. »

M. Henri Colin, secrétaire-général, rappelle que la réunion de la Société Suisse de Psychiatrie se tiendra à Berne les 27 et 28 février, et qu'il y aurait lieu d'y déléguer un représentant de la Société Médico-Psychologique. M. René Charpentier est désigné pour la représenter.

Allocution de M. Roubinovitch

Président sortant

M. J. Roubinovitch, *président sortant.* — Mes chers Collègues, arrivé au terme du mandat présidentiel dont vous m'avez attribué l'honneur, je tiens à vous en renouveler toute ma reconnaissance. A cette occasion, permettez à votre président sortant de ne pas vous rappeler *tous* les travaux, pourtant, si véritablement intéressants, de notre société pendant l'année 1925. Cependant, tenant compte de l'évolution actuelle de la médecine vers les formes sociales, qui, il faut bien l'avouer, méritent tous nos efforts, vous avez consacré une grande partie de vos séances de

1925 à la prophylaxie mentale sociale. Laissez-moi m'y arrêter un instant à mon tour.

Vous avez étudié spécialement le problème du carnet individuel des aliénés et celui du fichier central.

Mais ce qui a surtout retenu votre attention à tous, qui depuis longtemps était spontanément en éveil sur cette question, c'est l'étude des mesures à prendre contre les dangers résultants de l'admission et du maintien d'individus atteints de troubles mentaux, dans les professions de chauffeurs d'automobiles et de mécanicien de chemin de fer.

Vous vous souvenez sans doute que dès 1911, notre collègue Pactet avait déjà posé ce problème aux pouvoirs publics en signalant que dans son seul service de Villejuif, pendant la période de 1902-1910, il avait observé quarante cas d'aliénation mentale chez des agents de diverses Compagnies de transports.

Depuis ce moment, nombre de travaux, de communications, de thèses étaient revenus sur ce même problème que beaucoup d'accidents et de sinistres mettaient de plus en plus à l'ordre du jour.

En octobre 1922 et en janvier 1923, l'Académie de Médecine avait repris la question et émis des vœux en faveur d'un examen médical des chauffeurs et mécaniciens.

Donc, lorsque en mai 1925, M. Pactet nous présenta son remarquable rapport, nous étions tous, sans exception, intéressés d'avance par le problème ; nous avions dans l'esprit nombre d'observations et de raisons militant en faveur d'une solution énergique et urgente, si bien que le rapport en question, avec ses conclusions et ses vœux, fut approuvé à l'unanimité à la séance de juin 1925. Et conformément à votre désir à tous, le beau travail de M. Pactet fut envoyé aux pouvoirs publics, aux Compagnies d'assurances et à toutes les Compagnies de transports...

Un autre fait important de l'année écoulée, c'est la participation de notre Société à la célébration du Centenaire de Charcot, représentée par notre actif secrétaire général dont l'esprit d'organisation a certainement

été d'un grand secours au Comité des fêtes dont il faisait partie. Notre Société a entendu à ce propos, à sa séance de mai 1925, une très belle communication de M. Courbon sur la *Psycho-physiologie* de Charcot.

Il me reste à remplir un devoir agréable: celui de féliciter cordialement, de votre part à tous et de la mienne notre cher collègue et ancien président *Toulouse* et M. le Dr *Devaux*, nommés officiers de la Légion d'Honneur.

Nous mêmes, nous avons eu le plaisir de décerner en 1925 des prix à des très méritants lauréats. Ce sont : M. le Dr Abély qui a obtenu le prix Belhomme ; M. le Dr Carrette, titulaire du prix Esquirol et M. le Dr Montassut, qui a remporté le prix Moreau de Tours.

Qu'ils me permettent de les féliciter chaudement.

Nous avons eu le malheur de perdre le Dr Boiteux, médecin en chef de Clermont (Oise), écrasé accidentellement par un train. Notre confrère a eu une attitude très patriotique pendant la guerre et dans les *Annales* de décembre qui viennent de paraître, vous trouverez une notice nécrologique que lui a consacré notre secrétaire général.

En 1925, la Société s'est adjoint de nouveaux membres, et notamment, comme *membres correspondants :* MM. les Drs Georges-Paul Boncour, Robin, Mme Minkowska et en qualité de *membre associé étranger* M. le Dr Frédéric J. Farnell, de Providence (Etats-Unis), je leur souhaite à tous la plus amicale bienvenue.

Et maintenant, pour terminer, mes chers collègues, je vais vous faire un aveu : les fonctions de votre Président sont tellement faciles et agréables qu'en arrivant à la fin de mon mandat, j'éprouve un regret très sincère et très vif de les abandonner. La facilité et l'agrément de cette présidence s'expliquent en partie, d'ailleurs, par la collaboration vigilante de notre secrétaire général, M. Henri Colin, qui règle et publie les travaux de notre Société avec une exactitude parfaite. Une fois de plus, je le remercie en votre nom et au mien pour son labeur dont nous apprécions tous, les rares qualités. Je remercie également notre trésorier, M. Raymond Mal-

let, pour sa bonne gestion des deniers de notre Société et nos secrétaires de séances, MM. Charpentier et Mignard qui, par leur assiduité aux séances et leur activité attentive ont assuré la publication régulière de nos communications. Tous deux vont quitter le bureau et leur départ nous cause un vif regret, car ils étaient vraiment des collaborateurs tout à fait précieux. Au nom du Bureau et de la Société médico-psychologique je leur adresse l'expression de notre gratitude. J'accueille avec la plus cordiale sympathie mon successeur, mon savant collègue et ami, M. Sollier et je prie M. Legrain, élu vice-président, de bien vouloir prendre au bureau la place qui lui revient...

Quant à moi, je rentrerai dans les rangs avec le désir et la ferme intention d'être assidu à nos séances. L'avantage que j'en retirerai sera double : celui de parfaire mon instruction théorique et pratique en pathologie mentale et, surtout, celui de continuer d'entretenir avec vous tous, mes chers collègues, des relations d'affectueuse cordialité.

Allocution de M. Sollier,

Président de la Société pour l'année 1926

M. Sollier. — Mes chers Collègues. En m'appelant l'an dernier à la vice-présidence, prélude de la présidence, vous m'avez fait un honneur dont je vous remercie d'autant plus que vous me l'avez décerné à mon insu, et qu'il était, je l'avoue humblement, quelque peu immérité, si le premier devoir dans une Société est l'assiduité de ses membres. J'aurais bien, il est vrai, quelques excuses à vous présenter à cet égard, — non seulement ma grande ancienneté parmi vous qui me donnerait droit à l'honorariat, mais encore des obligations qui m'appellent fréquemment dans un pays voisin, ami et allié — mais vous avez trouvé une façon si élégante de m'astreindre à cette assiduité, que je plaide coupable en invoquant seulement les circonstances atténuantes.

Si le rôle du président sortant est d'évoquer l'activité de la Société au cours de l'année précédente, celui du nouveau est de vous indiquer dans quelles directions il lui semble qu'elle pourrait ou devrait se porter dès lors.

La Société Médico-psychologique a été pendant longtemps la seule enceinte où venaient se confronter, en toute indépendance, les théories et les doctrines nouvelles. Cette tradition, et je dirais volontiers cette fonction, semble s'être quelque peu relâchée dans ces dernières années. Je crois qu'il serait bon de la reprendre, en laissant à d'autres le soin d'apporter des faits, des observations. Ce n'est pas à dire qu'il faille les négliger ici, loin de là, — car des théories qui ne s'appuient pas sur des faits n'ont aucune valeur réelle — mais ils doivent nous servir surtout à faire la critique des doctrines qu'ils prétendent soutenir.

Aussi bien l'évolution de la psychiatrie nous invite-t-elle à ce travail de critique et de revision.

Le vocabulaire psychiatrique en serait singulièrement justiciable et il n'y a rien de tel pour préciser les idées que de préciser les mots qui doivent les représenter. La délimitation entre certains états, et leur définition même réclament aussi plus de rigueur. La pathogénie des troubles mentaux est entrée dans une nouvelle voie : il ne s'agit plus seulement d'explications psychologiques, où la logique de l'homme normal est arbitrairement appliquée aux manifestations du psychopathe. Il faut penser anatomiquement et physiologiquement, non seulement du point de vue du système nerveux, mais de la physiologie générale, en se rappelant que les troubles mentaux ne sont que des réactions spéciales à des troubles organiques, je ne dis pas lésionnels, au même titre que toutes les autres qui les accompagnent. La psychiatrie ne doit être qu'une branche de la pathologie générale.

La psychologie contemporaine s'est en grande partie constituée avec les données de la psychologie pathologique. Les psychiatres y ont donc particulièrement contribué. Mais leur rôle n'est pas terminé, à la condi-

tion toutefois de ne pas en rester aux discussions sur les formes et les classifications des syndromes mentaux, mais de s'efforcer de les rattacher à la psychologie normale et générale. Mais je n'insiste pas.

C'est au sein de notre Société que de tels problèmes, si vastes et si nombreux, doivent être étudiés et discutés. Et c'est à cette œuvre que je vous convie tout particulièrement, si vous le voulez bien.

Je ne me dissimule pas la tâche qui m'incombe. Soyez assurés que je m'y consacrerai de mon mieux. Elle me sera d'ailleurs singulièrement facilitée par l'activité toujours en éveil de notre secrétaire général, et par le zèle tout neuf de nos secrétaires des séances, d'une part, et, d'autre part, par votre indulgence dont vous m'avez donné la meilleure preuve en m'invitant à diriger vos travaux. Merci encore et au travail.

Rapport de la Commission des Finances

L'avoir de notre Société au 31 décembre 1924, était de	16.364 54
Les recettes, en 1925, ont été de	2.368 »
Total	18.732 54
Les dépenses, en 1925, ont été de	4.665 90
Il reste un excédent global de	14.066 64
se décomposant ainsi :	
Société Médico-psychologique	1.409 54
Prix Aubanel	7.811 60
Prix Belhomme	1.800 »
Prix Moreau (de Tours)	50 »
Prix Christian	2.095 50
Total	13.166 64
Auquel nous avons à ajouter des coupons de rente en renouvellement de	900 »
Ce qui nous donne un total de	14.066 64

Les rentes annuelles sont de :

Société Médico-psychologique	268 »
Prix Aubanel	400 »
Prix Belhomme	150 »
Prix Moreau (de Tours)	50 »
Prix Christian	100 »
Total	968 »

Votre commission vous propose d'approuver les comptes de 1925 et d'adresser nos remerciements à notre dévoué trésorier, M. Raymond Mallet.

La Société adopte à l'unanimité les conclusions de ce rapport et vote des félicitations à M. Raymond Mallet, trésorier de la Société.

Prix de la Société

M. Colin, *Secrétaire général,* annonce qu'aucun mémoire n'a été déposé pour le prix Aubanel de 1926. Le sujet proposé par la commission était « *Les états anxieux* ». Il demande si la Société est d'avis de remettre l'attribution de ce prix, qui est ordinairement bisannuel, à l'année prochaine. La valeur du prix est de 1 500 fr.

M. René Charpentier propose de renvoyer ce prix à 1928 et d'en doubler la valeur à ce moment.

La proposition est adoptée et le sujet donné est maintenu par les membres de la Commission qui assistent à la séance.

La Société aura donc à distribuer en 1927 :

le prix *Belhomme* (800 fr.) ; le sujet proposé par la Commission est le suivant : *Les troubles du caractère chez les Epileptiques ;*

le prix *Esquirol* (200 fr. et les œuvres de Baillarger, ceci grâce à la libéralité de M. René Charpentier qui fait hommage à la Société des 200 fr. reçus par lui autrefois, comme lauréat du prix Esquirol).

Le Bureau pourra également attribuer le prix Christian.

M. Henri Colin, *Secrétaire général,* lit et commente différents passages du rapport du Professeur Guillain à l'Académie de Médecine relatifs aux troubles mentaux chez les mécaniciens des chemins de fer et les chauffeurs d'automobiles, question étudiée précédemment à la Société Médico-psychologique où elle a fait l'objet d'un rapport du Docteur Pactet. Les propositions du Professeur Guillain pourraient être discutées par la Société.

M. Sollier pense également qu'il y aurait des adjonctions à faire à ce rapport.

M. Pactet propose d'attendre la discussion qui va avoir lieu sur ce sujet à l'Académie de Médecine ; il peut ressortir des suggestions intéressantes de cette discussion et des conclusions auxquelles elle aboutira.

M. Truelle pense qu'on pourrait, au contraire, exercer par avance une influence sur l'orientation de cette discussion en faisant connaître dès maintenant la manière de voir des aliénistes.

M. Pactet donne des détails relatifs à un cas dont il a eu à s'occuper et montre les difficultés rencontrées par les médecins auprès des compagnies de chemins de fer. D'autre part, la presse est loin d'être favorable à la campagne à entreprendre : bien que le rapport adopté par la Société ait été communiqué à tous les journaux, il ne s'en trouve que deux pour en parler.

M. Legrain. — D'autres journaux en ont parlé sur un ton plaisant en tournant M. Pactet en dérision. Une conférence sur le sujet, proposée à la Société de Télégraphie sans fil Radiola, a été refusée. On a nettement déclaré, à la Compagnie de l'Est qu'on n'agirait que lorsqu'on aurait la main forcée. On a peur des syndicats d'employés.

M. Pactet cite un fait nouveau relatif à une garde-barrière qu'il a eu à examiner et qui avait arrêté un train, ne parvenant plus à se rappeler si la voie était ouverte ou non.

M. SOLLIER pose à nouveau la question de savoir si l'on doit attendre la discussion à l'Académie de Médecine ou la prévenir.

La question est finalement tranchée dans le sens de l'attente vu l'impossibilité de prévenir la discussion à l'Académie qui doit s'engager dès le lendemain.

Psychose de compensation chez une schizoïde

Par LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN

(*présentation de la malade*)

La malade, que nous présentons, est comme une illustration des travaux sur les « constitutions » schizoïdes, les manifestations schizomaniaques, les délires et les psychoses de compensation, qui ont paru dans les douze derniers mois et ont à la suite des publications de Freud sur la psychanalyse, mis ces questions à la mode.

A côté des « constitutions » cyclothymiques, paranoïaque, psychasthénique, émotive, mythomaniaque, Kretschmer (1) a isolé un caractère anormal, auquel il a donné le nom de schizoïde et qui consiste essentiellement dans le développement particulier de l'activité psychique imaginative : l'individu se réfugie sans cesse dans une vie intérieure, et délaisse le milieu extérieur. Qu'un choc émotif apparaisse, qu'une toxi-infection déclenche des perturbations mentales, apparaîtront alors, sur ce terrain particulier, les manifestations « schizomaniaques ».

Enfin il se peut que par suite d'une dislocation plus profonde le schizomaniaque devienne un schizophrène, présentant alors le tableau propre à ce qu'on a décrit sous le nom de démence précoce.

Les rapports du caractère schizoïde, des manifesta-

(1) KRETSCHMER. — Körperbau und Charakter. Berlin, 1921.

tions schizomaniaques et de la schizophrénie, étudiés par Claude, Borel et Robin (1), rapprochent certains caractères qu'on rencontre dans la vie normale, certaines psychoses passagères, difficiles à classer, et certains cas auxquels on donnait l'étiquette de démence précoce, sans que toutefois ce diagnostic arrivât à satisfaire l'esprit.

La notion de caractère schizoïde avait le mérite de bien mettre en valeur ces deux tendances sur lesquelles insistait Bleuler, l'autisme et le réalisme, répondant aux deux grandes classes des actifs et des rêveurs.

Le rêveur, qui souvent aussi est un mécontent, un incompris, s'apparente quelquefois au paranoïaque. D'autre part, il est fréquent de noter, à côté de cette tendance à la vie intérieure, des variations d'humeur, des crises de dépression ou d'impatience coléreuse, ou même d'excitation hypomaniaque, qui font que souvent la cyclothymie, que Kretschmer oppose à la schizoïdie, coexiste avec celle-ci.

Ceci n'est pas fait pour nous étonner, car nous savons combien souvent les « constitutions » pathologiques s'imbriquent les unes dans les autres, que ce soit, la cyclothymie et la psychasthénie, ou la cyclothymie et la paranoïa par exemple.

Chez le schizoïde, le complexe de Freud prend une importance particulière : les idées, les souvenirs sous forme de représentations mentales vives, répétées, ressassées, acquièrent un coefficient affectif constamment plus aigu et cela d'autant plus que le schizoïde rentre au premier chef dans cette catégorie d'esprits si impérieusement enclins à l'auto-analyse, que Dupré a étudiés dans son travail sur les *Etats morbides de l'Imagination* (2). C'est de ces états qu'il faut rapprocher les délires de rêverie (3), les délires de jeu (4), qui n'en

(1) *Encéphale*, mars et avril 1924.

(2) *Revue hebdomadaire*, oct. 1921.

(3) Heuyer et Borel. — *J. de Psych. norm. et path.*, 1921.

(4) Laignel-Lavastine. — Croyance, délire et jeu lec. de Ste-Anne. *Progrès médical*, 25 nov. 1922. Toulouse et Schiff. — *Soc. clin. Méd. ment.*, mai 1925.

sont que des variétés. Que ce délire imaginatif soit une réaction autiste à certaines situations sociales pour lesquelles le malade se trouve inadapté, qu'il rentre dans le cadre de la compensation idéo-affective signalée par Freud, étudiée par Claude et Montassut (1) et on pourra en faire un type de psychose de compensation, dont la forme délirante a été décrite, à propos d'une observation de malade, par Mignard et Montassut (*Encép.*, déc. 1924).

A l'occasion d'une psychose toxi-infectieuse apparaissait ce délire spécial préparé par une réaction à certaines insuffisances sociales et affectives.

De ce qui précède, on peut conclure que chez les schizoïdes, caractérisées par la prédominance de la rêverie sur l'action, un choc affectif ou une toxi-infection peut faire apparaître des manifestations psychopathiques caractérisées par une sorte de délire de rêve, où les souvenirs, les espoirs s'actualisent, en guise de compensation à une réalité qui n'a pas comblé les aspirations affectives ou sociales du malade.

L'observation de la malade, que nous présentons, nous paraît réaliser ce type clinique.

Observation. — Marie B..., 29 ans, infirmière entre au service 4, puis au pavillon Ch. Quentin à la Pitié, à la suite d'une tentative de suicide par pendaison, qui d'ailleurs ne semble pas avoir été faite avec conviction.

A. H. — Les parents, cultivateurs, sont vivants. La mère est phobique, le père alcoolique. Sept enfants, dont deux morts en bas âge : hydrocéphalie et méningite. Sur les survivants, un est tuberculeux, l'autre, âgée de 40 ans, est soignée pour des idées délirantes de persécution.

A. P. — Marie est la plus jeune. Dans son enfance, elle fut bien portante. Réglée à 16 ans, elle présenta, à cette époque, des crises nerveuses à la suite de contrariétés (cris et raideur).

Son caractère était impressionnable. Elle aimait beaucoup la rêverie. Elle interprêtait volontiers les choses : il lui semblait que la pendule dans son tic-tac lui parlait. Elle se plaisait à s'interroger : « Pourquoi fais-je cela ? Pour quel

(1) *Encéphale*, sept. 1921.

motif ? Il me vient telle pensée, pourquoi ? Qu'est-ce que cela veut dire ? » A 12 ans elle eut son certificat d'études. Elle aimait la musique, la poésie, les sermons et les oraisons funèbres. Elle cultivait la terre avec ses parents, qui étaient maraîchers, et elle se déplaisait à ce travail. Elle accusait ses parents de la sacrifier. Elle craignait de devenir poitrinaire, comme deux de ses cousines, mortes de consomption. A l'âge de 21 ans elle se sauve de chez elle et vient à Paris se placer comme domestique dans un restaurant. Au bout de deux mois elle revient chez ses parents, mais n'y reste qu'une demi-journée.

En effet, elle voit dans un champ une charrue traînée par deux bœufs : c'est l'image de sa vie ; ce sillon qu'on trace est celui de sa destinée. Cette destinée, elle la doit suivre et elle retourne à Paris.

Là, elle se replace comme domestique. Mais bien qu'elle se trouve bien dans sa place, elle est saisie d'une impulsion à fuir, s'en aller. Une fois partie, elle s'interroge : « Avait-elle bien fait de s'en aller ? » Elle a des variations d'humeur : tantôt elle a besoin de mouvement, d'action ; tantôt elle reste immobile et toute triste.

Pendant les 3 années, où elle a été domestique, elle a eu une broncho-pneumonie.

Au bout de ces trois ans, elle entre comme infirmière à l'Assistance Publique. Elle n'y reste que peu de temps. Elle se place ensuite comme infirmière privée à la maison de santé de Suresnes, puis à celle de Neuilly, et rentre à nouveau à l'Assistance Publique, à l'hôpital Trousseau d'abord, enfin à Boulogne.

Etant infirmière à Trousseau elle est soignée pour une angine avec parésie de la musculature externe de l'œil, puis pour rhumatisme articulaire aigu avec péricardite.

C'est de Boulogne qu'on l'a envoyée dans notre service, à la Pitié, à la suite d'une tentative de suicide.

Marie a eu deux aventures dans sa vie ; l'une sentimentale, l'autre sexuelle.

Dans la dernière année de la guerre, elle a rencontré dans le Métro un officier, qui lui a parlé, et à la descente du train l'a accompagnée jusque chez sa tante. Il lui a demandé de l'embrasser ; elle a refusé. Elle lui a donné une adresse pour qu'il lui écrivît. Il lui a écrit une fois. Elle ne l'a plus revu. Ce fut là toute son aventure sentimentale, qui prit tant d'importance dans sa vie.

Plus tard, étant infirmière dans une maison de santé privée à Neuilly, Marie soignait un morphinomane, qui une

nuit se glissa dans son lit. Celui-ci étant impuissant, rien d'irréparable ne se passa. C'est tout pour sa vie sexuelle.

La tendance à la rêverie, que Marie présentait déjà toute petite, se développa particulièrement depuis son aventure sentimentale. Ce jeune homme, elle ne l'appelle plus que son fiancé. Elle pense continuellement à lui. Tout ce qu'elle imagine, tout ce qu'elle voit sont autant de symboles se rapportant à sa destinée et à son fiancé.

Elle raconte qu'une nuit, alors qu'elle ne pouvait dormir, le clair de lune projetait sur sa chambre l'ombre des barreaux de sa fenêtre ; ces ombres c'était la barrière qui la séparait de son fiancé. Elle se lève alors, met une couverture et s'imagine, dans la lumière lunaire, être la bergère attendant son berger. Il lui sembla même entendre dans le lointain le son de la cornemuse se mêlant aux sanglots d'un violon.

Dans sa pensée, son fiancé prend la forme d'un cygne, symbole de la pureté de son amour.

Ce symbolisme Marie l'applique à tout. Si on lui présente un dé à coudre, elle fait remarquer que la base de ce dé a la forme d'une couronne : celle qui doit ceindre le front de l'élu. Les petits trous piquetés dans le dé sont des plaies, les plaies de son cœur.

Un passe-partout revêt le symbole suivant : la partie droite, c'est le chemin à suivre pour retrouver son fiancé, la partie courbe, ce sont les difficultés qu'elle rencontrera.

La fumée d'une cheminée d'usine, c'est sa destinée à elle, qui s'évanouit sans résultats.

Mais ces interprétations ont eu quelquefois des conséquences plus sérieuses.

Un jour, étant au bain, le bouchon qui flottait au bout de la ficelle de vidange vint s'enrouler au bout de son doigt. Elle vit là qu'elle devait se suicider par pendaison.

C'était à l'hôpital Trousseau. Depuis quelque temps déjà, elle avait l'idée du suicide. Ce n'est pas, à proprement parler, qu'elle voulût se tuer, mais elle désirait savoir comment opérer, le jour où elle serait décidée.

Elle avait envisagé de se jeter par la fenêtre. Cela ne dura pas.

Puis elle mit dans sa table de nuit du laudanum et de la teinture d'iode.

Enfin, à Boulogne, se souvenant du symbole du bouchon du bain, elle fit le simulacre de la pendaison.

C'est alors qu'on l'envoya à la Pitié.

Ces tentatives peu sincères de suicide étaient aussi la

conséquence de la vanité des efforts de Marie pour retrouver le fiancé avec qui elle vivait dans le secret de son imagination.

Marie recherche sans cesse des dates, des précisions. Elle accourt chez ses parents pour retrouver ses certificats de travail, car elle n'arrivait plus à savoir la date exacte de la rencontre. Elle se représente son fiancé habillé de vêtements sombres, alors qu'elle le croyait vêtu de clair. Elle s'affole.

Ces rêveries continuelles la font souffrir physiquement. Elle se plaint de maux de tête violents. « C'est comme si on lui martelait le cerveau ».

Dans son stage d'infirmière elle a eu des syncopes fréquentes, des spasmes et des sensations de constriction thoracique. Au moment de ses règles, elle est irascible, violente. Comme dans le service on ne veut pas lui donner un objet qu'elle demande, elle jette et brise son assiette au milieu de la salle.

Elle présente des alternatives très nettes de dépression et d'excitation coléreuse.

Par ailleurs, elle se masturbe très fréquemment.

C'est une habitude à laquelle elle prétend ne pouvoir résister et qu'elle a depuis qu'elle est petite fille.

Quand elle est excitée génitalement, ce n'est jamais à son « fiancé » qu'elle pense, mais au morphinomane, qui est venu dans son lit, un soir et que l'impuissance génitale a rendu inoffensif.

Elle a bu beaucoup de café, et elle se sentait très fatiguée à certains moments. Maintenant ce dont elle se plaint, c'est de cette fermentation continue de sa pensée, et de cette masturbation impérieuse, qui l'épuise.

Marie n'a eu que rarement des cauchemars, sauf à une époque où elle prenait beaucoup de café.

Dans sa façon de parler, elle est un peu puérile. Elle lit beaucoup Musset, Vigny, Lamennais. Elle aime la poésie et les écrits graves, qui parlent de Dieu.

Elle regrette de n'être pas plus instruite, mais elle est heureuse d'avoir quitté le milieu familial, qui était inférieur à ses aspirations.

Y a-t-il affaiblissement intellectuel ? Il semble que oui, sans qu'on puisse l'affirmer. La mémoire est excellente, mais l'affectivité parait diminuée. Marie demande sa sortie sans beaucoup d'énergie. L'autre nuit elle s'est mise à chanter, bien qu'elle sût parfaitement troubler ainsi le sommeil des autres malades.

Elle cause volontiers certains jours, est boudeuse et de mauvaise humeur d'autres jours. Quand elle est bien disposée, elle se plait à raconter ses rêveries, ses explications de symboles. Il y a certainement là un peu d'activité ludique.

Son état physique est bon. Son teint est un peu pâle ; mais l'examen viscéral n'a rien révélé d'anormal. On ne trouve plus de traces de la péricardite rhumatismale qu'elle aurait eue.

⁂

Du résumé de cette observation, plusieurs points demandent à être soulignés.

L'*hérédité* de la malade est lourde. Elle-même dès l'âge de douze ans a une propension très nette à rêvasser, à chercher les symboles et les expressions des choses: dans le tic-tac d'une pendule elle entend comme une voix qui lui parle, impression banale, mais où elle se complaît.

Dès cet âge déjà, physiquement, l'excitation génitale apparaît.

Ce goût des symboles, ces complexes idéo-affectifs se développent et dans ce cas se vérifie la *libido* du Freudisme. Deux souvenirs forment les noyaux de ces rêvasseries. L'un sexuel, le pseudo-viol dont Marie aurait été la victime de la part du morphinomane, l'autre sentimentale, la rencontre du jeune officier qu'elle appelle son fiancé.

Marie se trouve supérieure à son milieu de travailleurs de la terre, — de domestique elle est devenue infirmière. — Elle se nourrit de lectures poétiques : Musset, Vigny ; religieuses aussi : Bossuet, Lamennais.

Elle se complaît dans cette atmosphère littéraire. La poésie, son soi-disant fiancé, le symbolisme des choses dans le sens de sa rêverie. Marie *compense* ainsi le prosaïsme de sa vie.

Son caractère par ailleurs ne laisse pas que d'être anormal. On y trouve les à-coups de la cyclothymie. Dans les places, qu'elle avait occupées, Marie éprouvait un besoin de fuir, de changer.

Tantôt la nuit elle se met à chanter dans sa chambre ; « c'est plus fort qu'elle ». D'autre fois, elle est triste,

déprimée. Elle pense à la grisaille de sa destinée d'infirmière sans fiancé... C'est alors que des idées de mort lui viennent à l'esprit — d'où ses pseudo-tentatives de suicide.

Elle en fit quelques-unes dans le service. Elle n'eurent pas l'apparence d'être bien sincères, il est vrai.

Marie présente — surtout au moment de ses règles — de véritables raptus coléreux.

Son caractère d'ailleurs est difficile. En hostilité constante avec le personnel infirmier, puérile, boudeuse par instants, avec tendance à se croire l'objet de manœuvres inamicales, hostiles, Marie rappelle le caractère des anciennes « hystériques. »

Quelle sera l'évolution de cette psychose de compensation, chez cette schizoïde ?

Evoluera-t-elle vers la schizophrénie ?

Ces troubles psychiques — qui quelque légers qu'ils paraissent — l'ont néanmoins amenée à l'hôpital de la Pitié, puis fait isoler au Pavillon Quentin, s'aggraveront-ils ?

Peut-on dès maintenant parler d'affaiblissement intellectuel ?

Il semble bien difficile de l'affirmer. On peut néanmoins conclure que chez cette malade, qui déjà fillette se montrait rêveuse, s'isolant facilement de la réalité pour vivre cette vie intérieure, qui ressuscite, revit et transfigure un souvenir et en fait quelque rêve éveillé « qui satisfait nos désirs et notre érotisme » (Freud), un syndrome psychique « d'évasion imaginative » (Leroy et Montassut) s'est créé. A-t-il été favorisé par un affaiblissement intellectuel très léger et que la lourde hérédité de la malade expliquerait ?

Peut-être, et c'est ce point qui nous rend réservés.

Pour conclure, nous croyons que cette malade répond au type clinique que Kretschmer a décrit sous le nom de « Constitution schizoïde » et chez laquelle secondairement se serait développé autour de deux complexes idéo-affectifs, l'un sexuel, l'autre sentimental, une psychose de compensation de Mignard — suffisamment marquée pour amener l'hospitalisation — puis

l'isolement de la malade. Elle rentre donc dans les schizomaniaques de Claude (1), selon la conception exposée ici-même en novembre dernier et répond au type boudeur de Borel et Robin (2).

Présentation de la malade

La malade refusant obstinément de pénétrer dans la salle des séances, les membres de la Société se rendent auprès d'elle, dans la salle contiguë. Elle s'est réfugiée dans une encoignure, tournant le dos à l'assistance dans une attitude boudeuse, et s'obstinant à ne pas répondre aux questions qui lui sont adressées. La Société étant ensuite rentrée en séance, elle se décide enfin à se laisser introduire, mais elle reste boudeuse et légèrement agressive dans les quelques réponses qu'elle donne, déclarant que tout cela est de la comédie et du boniment, qu'elle sait bien qu'on ne s'intéresse pas à elle, mais à son cas. Elle répond, relativement à ses différentes tentatives de suicide, qu'en réalité elle ne voulait pas se détruire : c'étaient seulement des essais pour le cas où sa vie deviendrait trop triste et où elle voudrait réellement disparaître. Elle agissait d'ailleurs au petit bonheur ; tant pis, ou tant mieux, si elle avait réussi.

Interrogée pour savoir pourquoi elle chantait au milieu de la nuit, au risque de déranger les autres malades qu'en sa qualité d'infirmière, elle a pourtant l'habitude de ménager, elle dit qu'elle ne peut s'en empêcher, que cela est plus fort qu'elle.

Discussion

M. Robin déclare que cette malade appartient à un type à retirer du cadre de la démence précoce. Il illustre les théories actuelles relatives à la schizomanie. Dans le

(1) H. Claude, G. Robin et P. Robinovitch. — La schizomanie simple. *Soc. médico-psychol.*, 30 nov. 1925. *Annales médico-psychol.*, déc,. pp. 458-474.

(2) Borel et Robin. — Les rêveurs éveillés. Gallimard, 1925.

cas particulier, on a affaire au type des boudeurs récemment décrit par Borel.

M. SOLLIER demande s'il s'agit bien là d'un cas pathologique. On voit couramment, dans la vie ordinaire, des individus présentant un caractère analogue sans qu'on puisse parler de schizomanie. La malade lui apparaît comme boudeuse, névropathe. Elle est de celles qu'on aurait autrefois qualifiées d'hystériques. Il y a lieu de se montrer prudent dans l'interprétation d'un cas de cette nature.

M. COLIN prie les présentateurs de ramener la malade devant la Société après son mariage, s'il y a lieu. Peut-être tous ces troubles auront-ils disparu.

M. ROUBINOVITCH approuve cette manière de voir. La malade lui rappelle la « Mégère apprivoisée ». C'est, au point de vue sexuel, une ratée qui n'a jamais eu de rapports normaux.

M. LEGRAIN est du même avis ; il pense que la malade aurait de grandes chances de redevenir normale après le mariage, et qu'elle abandonnerait très vite tout son symbolisme.

M. SOLLIER fait remarquer que ses réponses sont cohérentes et logiques.

M. ROUBINOVITCH. — La jeune fille présente un caractère boudeur et difficile qui rappelle celui qui était décrit naguère sous le nom de caractère hystérique. Dans ce cas, les troubles du caractère se produisent à l'occasion des désordres de la fonction sexuelle : onanisme symbolique et réel, rêveries d'ordre génital, *etc.*..

M. Pierre KAHN déclare approuver la manière de voir des orateurs précédents. On retrouve chez les normaux bien des caractères de la constitution schizoïde. Nous nous complaisons tous plus ou moins dans la rêverie et nous avons également des sautes d'humeur. On tend actuellement à donner des noms trop savants à des choses simples : les rêveurs sont devenus des schizomanes,

les susceptibles, des paranoïaques, etc. Il ne partage cependant pas l'optimisme des précédents orateurs au sujet de la malade présentée. Elle lui rappelle certaines hystériques du service du Dr Denis à la Salpêtrière devenues plus tard des démentes précoces. Il souligne son hérédité, le désordre de certains actes, son impulsivité, etc. Le pronostic lui paraît douteux.

M. SOLLIER fait remarquer que chez elle, le symbolisme n'est pas exclusivement d'ordre sexuel.

M. ROUBINOVITCH demande s'il y a exagération des symptômes au moment des époques menstruelles et si la malade est vierge. Les réponses affirmatives lui semblent être en faveur de son diagnostic.

M. GUIRAUD fait remarquer combien l'usage des mots schizoïdie, schizomanie, schizophrénie est dangereux, parce que ces mots sont employés dans des sens différents par les divers auteurs. Pour M. Robin, par exemple, ces termes expriment des états différents de la démence précoce, pour d'autres, ils sont équivalents.

M. LAIGNEL-LAVASTINE déclare que M. Pierre Kahn et lui ont éliminé le diagnostic de démence précoce en ce qui concerne la malade en question, bien que certains des symptômes présentés par elle y fassent penser. Ils ont employé le mot de schizoïdie dans le sens qu'on lui donne en Suisse pour différencier cet état de la démence précoce.

M. ROBIN. — La malade n'est évidemment pas une démente précoce selon le type de Morel, Christian, etc. C'est une schizomane par trouble des forces affectives mal dirigées. Si elle franchissait le stade actuel, elle verserait dans la schizophrénie confirmée. Ces termes ainsi employés s'écartent de la terminologie de Bleuler.

M. MINKOWSKI. — Il vient d'être question de la schizophrénie de Bleuler. Quelques remarques à ce sujet paraissent nécessaires. La schizophrénie de Bleuler est une continuation de la démence précoce de Kraepelin.

Cette dernière, contrairement à ce qu'on a encore coutume de désigner du nom de démence précoce type Morel, n'implique ni l'idée de précocité, ni celle d'évolution démentielle. La spécificité des états terminaux est justement un des facteurs principaux sur lesquels repose la notion de démence précoce chez Kraepelin. Le mot « Verblödung » qu'il emploie pour désigner ces états spécifiques ne correspond pas d'ailleurs à celui de démence ; M. Nayrac, dans sa thèse, propose de le traduire par « paradémence ». On ne peut appliquer, en psychiatrie, le terme de démence indistinctement à tous les états de déchéance psychique auxquels peuvent donner lieu les affections mentales. Il y a lieu de différencier davantage et de réserver le mot « démence » uniquement aux états auxquels aboutit le processus de l'affaiblissement intellectuel, caractérisé avant tout, contrairement à la « démence précoce », par des troubles de la mémoire et du jugement. Nous voyons cette démence, dans le sens vrai du mot, réalisée par des affections telles que la paralysie générale ou la démence sénile.

Bleuler a continué l'œuvre de Kraepelin. Sa schizophrénie vise les mêmes cas, au fond, que la démence précoce de celui-ci. Le grand mérite de Bleuler est d'avoir précisé les symptômes élémentaires, communs à tous ces cas. De ce fait, le domaine de la schizophrénie s'est étendu encore davantage, surtout vers le normal, sous forme de cas très atténués. Bleuler a parlé, dans ce sens, de schizophrénie latente. Cette extension, paraissant surprenante de prime-abord, est confirmée cependant, entre autres, par des recherches concernant la transmission héréditaire de la schizophrénie. On trouve, dans les mêmes familles, des cas très graves à côté de cas atténués, se traduisant uniquement par quelques anomalies de caractère et de comportement.

La schizophrénie latente a fait place à la schizoïdie de Kretschmer. Celle-ci présente une constitution particulière, ayant des liens d'affinité avec la schizophrénie. En tant que constitution, la schizoïdie vise, en principe, des facteurs immuables et ne saurait constituer un diagnos-

tic là où on se trouve en présence de troubles psychotiques en évolution.

Restant sur le terrain de la conception de mon maître Bleuler, je considère les cas décrits par M. Claude et ses élèves comme variétés de la schizophrénie.

Il a été dit, au sujet de la malade, présentée par MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn, que la tendance aux interprétations symboliques ne pouvait à elle-seule être considérée comme manifestation morbide. Ceci est exact jusqu'à un certain point. Tout revient à la place que cette tendance prend dans le psychisme de l'individu et à l'intensité avec laquelle elle le distrait de la réalité. Il ne faut pas oublier que la malade examinée a dû être admise à l'hôpital et même placée ici dans le pavillon spécial.

M. Robin. — Cette malade est à raprocher du cas présenté précédemment par MM. Capgras et Carette, dans une communication intitulée « Syndrome des sosies ».

M. Sollier propose de reprendre ultérieurement cette discussion sur la terminologie.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,

Guiraud, Bussard.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XII[e] Congrès des médecins et naturalistes polonais
Section psychiatrique

Le XII[e] Congrès des médecins et naturalistes polonais s'est tenu cette année à Varsovie du 12-16 juillet. La section psychiatrique du Congrès s'est montrée particulièrement active. Nous sommes heureux de pouvoir présenter ici un compte rendu des travaux de cette section qui, d'une part, sont un exemple de la pensée scientifique polonaise contemporaine et qui, de l'autre, touchent de près aux problèmes étudiés également en France à l'heure actuelle.

F. Berezowski (*Dziekanka-Gniezno*). *Essais thérapeutiques dans quelques affections extrapyramidales avec l'arsenic, le mercure et l'iodure.* — L'auteur a employé dans ce but le neosaluten en injections intraveineuses, en l'alternant avec du mercure en injections intramusculaires, il administrait ensuite, pour terminer la cure, pendant deux mois de l'iodure. Il obtint les résultats suivants : guérisons dans une forme catatonique, amélioration très notable dans un cas de parkinsonisme grave, amélioration nette dans deux autres cas de parkinsonisme, résultat nul dans trois cas, enfin dans un cas d'encéphalite léthargique amélioration passagère, suivie de décès quatre semaines après la fin du traitement. Les réactions pathologiques du liquide céphalo-rachidien rétrocédèrent sous l'influence du traitement. Les résultats obtenus, surtout dans les cas de parkinsonisme post-encéphalitique, semblent encourageants.

O. Bielawski (*Dziekanka-Gniezno*). *Encéphalite léthargique et schizophrénie.* — Les recherches cliniques et anatomo-pathologiques, entreprises à l'occasion des récentes épidémies d'encéphalite léthargique, ont fourni des données nouvelles sur les manifestations psycho-pathologiques, déterminées par des lésions du mésencéphale. D'autre part, les auteurs s'accordent de plus en plus à affirmer que les for-

mes les plus caractéristiques de la démence précoce sont liées à des troubles lésionnels des centres du mésencéphale. En présence de ces faits, une révision radicale de la notion de démence précoce devient nécessaire. Chacune des variétés les plus connues de la démence précoce est dûe à une lésion d'un centre spécial du mésencéphale (couche optique, corps strié ou voies d'association, reliant ces centres). Il est justifié, pour cette raison, d'exclure ces variétés du groupe des schizophrénies. Ce groupe se réduit au fond, de ce fait, à néant, les variétés restantes devant être rattachées à des entités cliniques autres que la démence précoce.

M. Bornsztajn (*Varsovie*). *La valeur clinique de la notion de schizophrénie et une nouvelle théorie de cette affection.* — La schizophrénie est-elle une entité clinique vraie ou ses diverses formes ne sont-elles que des manifestations morbides, indépendantes les unes des autres ? Les opinions les plus contradictoires ont été émises à ce sujet. Une des raisons principales de cette controverse réside dans le fait qu'on applique aux troubles mentaux la notion de « maladie » de la même façon qu'on le fait pour les troubles d'ordre somatique. Ici cette notion repose sur la triade classique : étiologie, évolution, terminaison. Kræpelin a essayé d'appliquer ces critères en médecine mentale, en partie tout au moins. A défaut de connaissances étiologiques précises et en présence de différences notables dans l'évolution, il s'est surtout servi, pour délimiter sa notion de démence précoce, des caractères spécifiques des états terminaux. Ce critère est cependant insuffisant. Il existe des accès schizophréniques de courte durée ; dans d'autres cas, on observe des rémissions complètes qui équivalent à de véritables guérisons. Dans ces cas, il ne saurait être question d'états terminaux. Le problème se complique encore davantage du fait qu'on décrivit des variétés nouvelles de schizophrénie qui apparemment n'avaient rien de commun avec ses formes classiques, c'est-à-dire avec l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde. Il fut ainsi question de formes réactionnelles de schizophrénie. L'auteur lui-même parla dans ce sens en 1916 de « *schizothymia reactiva circumscripta* ». Il décrivit également en 1922 une série de cas qui avaient débuté par des obsessions, mais qui ensuite prenaient l'aspect d'une schizophrénie nette.

Faut-il néanmoins réunir toutes ces variétés, paraissant tellement divergentes du point de vue symptomatique, en une seule entité clinique ? L'auteur répond par l'affirmative

à cette question, ceci non plus en se basant sur l'idée de la spécificité des états terminaux, mais sur l'aspect psychologique particulier, commun à toutes ces formes différentes. Cet aspect est déterminé par l'autisme qui se retrouve invariablement dans tous les cas de schizophrénie, qui en constitue le caractère essentiel et qui permet de la distinguer de toute autre affection. L'autisme est le lien qui unit les degrés les plus légers de la constitution schizoïde (Kretschmer) aux formes les plus graves du déficit schizophrénique, en passant par toute l'échelle de variétés cliniques, que peut présenter cette maladie. Contrairement à Bleuler qui voit dans un trouble des associations le point de départ de toutes les manifestations schizophréniques, l'auteur attribue à l'autisme le rôle primordial et en fait découler aussi bien la dissociation de l'idéation que tous les autres symptômes, en faisant pour certains d'entre eux appel aux mécanismes freudiens, comme le refoulement, la projection, etc. L'autisme nous permet ainsi de considérer la schizophrénie comme véritable entité clinique.

Mais s'agit-il là d'une affection purement endogène, comme le veut l'école de Kræpelin, ou d'une affection psychogène, comme le prétendent d'autres auteurs ? L'auteur propose à ce sujet la conception suivante, paraissant pouvoir concilier les deux opinions :

a) Le processus schizophrénique atteint en premier lieu l'affectivité, et dans son domaine, de nouveau, les couches les plus profondes, c'est-à-dire les plus anciennes, du point de vue de l'ontogénèse. C'est ainsi que la vie des instincts est touchée avant tout. Parmi ceux-ci l'instinct sexuel occupe une place prépondérante.

b) La sphère affective est en connexion très étroite avec le système végétatif, qui lui aussi, du point de vue aussi bien de l'onto que de la philogénèse, est plus ancien que le système animal (cérébral). Le fonctionnement harmonieux de ces deux systèmes (système végétatif ou affectivo-instinctif, d'une part, et système animal ou intellectuel, de l'autre) crée ce qu'on appelle communément l'adaptation à la vie et à l'ambiance. Là où se produit une perturbation de cette harmonie ou plus exactement là où la sphère instinctivo-affective tend à se libérer du contrôle indispensable de la sphère intellectuelle, apparaît la constitution schizoïde.

c) Si maintenant un choc moral vient frapper un individu doué de cette constitution schizoïde, les liens entre la sphère affective et la sphère intellectuelle se trouveront rompus entièrement. Il résultera de là une attitude de

l'individu qui, du point de vue de notre pensée et de notre activité ordinaires, nous paraîtra étrange, incompréhensible, « autistique » en un mot.

d) Cette attitude n'est parfois que passagère. Après un temps plus ou moins long, elle fait place de nouveau à un comportement normal. Dans d'autres cas, au contraire, le retour à la normale n'est plus possible. Une altération définitive de la personnalité s'installe alors. Cette altération a une répercussion sur le terrain somatique de la sphère instinctivo-affective, c'est-à-dire sur le système végétatif. Des troubles fonctionnels se produisent ici, ainsi que dans l'appareil endocrinien qui se trouve en connexion étroite avec le système végétatif. Ces troubles agissent à leur tour sur le système nerveux central et se manifestent ici, dans les noyaux gris ou dans l'écorce, par des lésions anatomiques plus ou moins accusées.

Cette conception permet d'expliquer la richesse des formes de schizophrénie qui, en partant des cas les plus bénins, mène aux cas les plus graves, à évolution rapide et à déficience définitive. Elle ne contredit en rien la théorie de Freud qui voit dans la schizophrénie une régression de la libido au stade de narcissisme ; elle élargit, au contraire, cette théorie et tient compte, en même temps, de l'apparition de symptômes organiques dans la schizophrénie, circonstance que la notion freudienne de la régression de la libido est incapable d'expliquer.

Doctoresse M. Brun (*Varsovie*). *Les tares héréditaires de trois familles.* — Les tableaux généalogiques de trois familles ont été étudiés. Il s'agissait de déterminer non seulement la transmission héréditaire des psychoses, mais encore celle des constitutions particulières. Les conclusions suivantes se dégagent de cette étude :

1° L'hérédité joue un rôle important dans la pathogénie des affections mentales en général.

2° La transmission héréditaire des caractères syntones est directe ; elle suit ainsi la règle de l'hérédité à marche dominante.

3° La transmission directe de la schizophrénie se retrouve dans quatre générations de la première famille et dans deux générations de la troisième. Ceci parle en faveur du mode dominant. D'autre part, le mode récessif a été démontré pour la schizophrénie plus d'une fois. L'hérédité de la schizophrénie suivrait ainsi tantôt le mode dominant, tantôt le mode récessif.

4° Dans la plupart des cas de schizophrénie manifeste on retrouve une hérédité convergente.

5° On trouve des constitutions mixtes et des psychoses associées, caractérisées par la coexistence côte à côte de symptômes de la folie maniaque-dépressive et de symptômes schizophréniques. On ne peut expliquer l'apparition de ces tableaux mixtes que par la combinaison de deux facteurs prédisposants : syntonie d'une part et schizoïdie de l'autre. Cette interprétation est confirmée par le fait que nous retrouvons dans un cas, chez l'un des parents, un caractère syntone, tandis que son conjoint présente les traits d'une constitution schizoïde. La combinaison de ces deux facteurs se manifeste chez quatre enfants, issus de mêmes parents. On ne saurait cependant considérer cette combinaison comme trait héréditaire simple ; elle est décomposée par la suite et on retrouve dans toutes les autres séries de frères et sœurs soit la syntonie, soit la schizoïdie à l'état pur.

G. Bychowski (*Varsovie*). *Sur les syndromes schizophréniques et paraphréniques et leurs rapports avec les entités cliniques.* — La schizophénie est-elle une entité clinique bien déterminée, ou doit-elle, au contraire, être démembrée à la suite, d'une part, d'études cataractérologiques et généalogiques, établissant des passages nombreux entre la constitution schizoïde et la psychose elle-même, et, d'autre part, d'études cliniques sur les psychoses symptomatiques ? Doit-on admettre, à côté de psychoses symptomatiques, l'existence d'une schizophrénie idiopathique ? Telles sont les questions que l'auteur cherche à résoudre. A la suite d'observations, concernant l'apparition de syndromes schizophréniques et paraphréniques au cours d'affections diverses, telles les tumeurs cérébrales, l'épilepsie, la syphilis cérébrospinale, le paludisme, la fièvre typhoïde, l'eunichisme, il formule les conclusions suivantes :

Des processus pathologiques, plus ou moins indépendants des facteurs exogènes, peuvent déterminer des états schizophréniques, soit à évolution chronique, soit à marche périodique. Des causes extérieures peuvent aboutir aux mêmes états, là où elles trouvent un fond constitutionnel propice. Dans les autres cas, les mêmes causes semblent produire ou bien des états passagers de courte durée, ou bien des états d'une durée beaucoup plus longue, mais susceptibles de rétrocéder entièrement. Il ne semble

pas que les causes extérieures puissent à elles seules, sans concours d'une tare constitutionnelle spéciale, donner lieu à des psychoses schizophréniques chroniques et incurables. D'autre part il faut signaler des syndromes passagers d'origine exogène qui, du point de vue symptomatique, ne diffèrent en rien d'une schizophrénie idiopathique, et où, dans les antécédents du malade, rien ne fait supposer l'existence d'un facteur prédisposant, sous forme de schizoïdie. On ne saurait donc parler dans ces cas de schizophrénie latente, déclanchée par une cause accidentelle ; il faut bien davantage admettre, chez tout individu, la possibilité de réactions schizophréniques, sous l'influence de causes (dans le sens strict du mot) extérieures.

Le fait que des symptômes schizophréniques peuvent se produire au cours de diverses affections mentales ne permet pas de nier l'existence d'une psychose schizophrénique idiopathique, bien caractérisée. On ne doit pas non plus négliger les nombreux symptômes soit de nature organique, soit se rapportant à des psychoses exogènes, telles que les psychoses infectieuses, qu'on rencontre dans les cas de schizophrénie. Ces symptômes indiquent tout au plus le mode d'action du facteur pathogène, mais ne sauraient ébranler l'existence de la schizophrénie, en tant qu'entité clinique indépendante. Il se peut que certaines questions, se rapportant aux syndromes schizophréniques exogènes, seront résolues par des données, concernant la localisation des processus morbides dans les différentes couches de l'écorce.

T. Lapinski (*Varsovie*). *Troubles mentaux dans les maladies infectieuses.* — En prenant pour point de départ ses observations, se rapportant aux troubles mentaux dans diverses maladies infectieuses, aiguës et chroniques, bénignes et graves, l'auteur constate que le caractère de ces troubles est indépendant de la nature de l'infection. Les modifications anatomo-pathologiques sont aussi variables ; elles se trouvent disséminées dans tout l'organisme, les états inflammatoires se trouvent à côté de dégénérescences. Les troubles mentaux dépendent, d'après l'auteur, dans ces cas, d'un métabolisme vicié du cerveau qui lui-même serait la conséquence de modifications pathologiques, survenues soit dans le sang, soit dans les organes, soit dans le système vasculaire, soit enfin dans la substance cérébrale elle-même. En raison de l'inconstance des symptômes le diagnostic est difficile. Il ne

semble pas exister de différence essentielle entre les troubles mentaux observés dans les maladies infectieuses, et ceux constatés dans les psychoses proprement dites.

B. MARKUSZEWICZ (*Varsovie*). *Essais thérapeutiques dans les états d'excitation d'ordre schizophrénique.* — Il s'agissait de trouver un agent médicamenteux, susceptible de déterminer, contrairement à la scopolamine, non seulement un sommeil plus ou moins long, mais en plus une amélioration durable de l'état d'excitation. Voici les données principales recueillies au cours de ces recherches.

1° Pour les agents hypnotiques l'action hypotensive est en corrélation étroite avec l'action somnifère.

2° Le nitrite de soude, en injections sous-cutanées ou intramusculaires, à des doses dépassant de beaucoup la dose maxima, nous voulons dire : deux fois par jour à 0,50 gr., détermine une diminution de la pression artérielle et parallèlement à cette diminution une atténuation notable de l'excitation, accompagnée d'un état de somnolence.

3° Dans les états d'excitation, de nature schizophrénique, on observe constamment une augmentation de la pression artérielle. Cette augmentation précède de quelques heures, et parfois même d'une journée entière, le début de l'accès. Au fur et à mesure que la pression baisse, le malade se calme.

4° Le nitrite de soude appliqué d'une façon systématique donne dans certains cas des résultats appréciables : sur cinq cas de schizophrénie aiguë, on a observé dans quatre cas un résultat favorable, et dans un cas un résultat douteux. Sur onze cas d'excitation, survenue au cours de schizophrénies chroniques, on constata dans trois cas un résultat favorable, dans trois cas un résultat douteux et dans cinq cas un résultat nul.

A. PIOTROWSKI (*Dziekanka-Gniezno*). *Quelques remarques sur la nécessité de reviser la notion de schizophrénie.* — La notion de schizophrénie paraît, à l'usage, trop vaste et de ce fait insuffisante. Les données anatomopathologiques dans des cas étiquetés « schizophrénie » sont contradictoires. L'emploi exagéré du diagnostic « schizophrénie », les erreurs et les inexactitudes d'ordre pronostique, liées à ce diagnostic, ont créé une certaine confusion dans la classification des maladies mentales. Il devient de plus en plus probable que la schizophrénie

englobe des manifestations morbides de nature différente et est loin d'être une entité clinique, dans le sens vrai du mot. A ce point de vue, les opinions émises à l'Asile de Dizekanka se couvrent en partie avec les conceptions de certains aliénistes français (Claude, Guiraud, Halberstadt, Lautier).

La discordance est le caractère essentiel de la schizophrénie. On ne peut donc ranger dans la schizophrénie les psychoses dans lesquelles cette discordance n'existe point, telles les paraphrénies. La catatonie vraie, dans le sens de Kahlbaum, doit être également séparée de la schizophrénie. C'est là une affection organique, bien davantage de nature neurologique que psychiatrique. Son substratum anatomique est une dégénérescence des noyaux gris sous-corticaux. Ses symptômes sont avant tout d'ordre somatique. Les catatoniques meurent de catatonie. En dehors des paraphrénies et de la catatonie, il y a encore d'autres psychoses qui, tout en rappelant par certains côtés la schizophrénie, doivent en être séparés, en raison de l'absence de discordance. Telles sont les psychoses réactionnelles d'origines diverses.

Il n'y a que deux formes morbides qui ont un caractère nettement discordant et qui correspondent ainsi exactement à la notion bleulerienne de schizophrénie. Ce sont la schizophasie et l'hébéphrénie. Ces formes sont relativement rares ; il n'y en a que 8 p. 100 parmi les malades de l'Asile de Dziekanka.

Il n'y a que les psychoses organiques corticales, comme la paralysie générale ou la démence sénile, qui aboutissent, par une défaillance permanente d'éléments psychiques essentiels, à une démence vraie. Les schizophrènes ne deviennent jamais des déments, dans ce sens, car nous trouvons chez eux, jusqu'à la fin de leurs jours, des manifestations psychiques qui, malgré leur caractère bizarre, contiennent les éléments dont se compose la vie psychique normale. Il n'y a pas chez eux de dégradation de la vie mentale, déterminée par une destruction du tissu nerveux cortical ; ils ne présentent que de la dissociation qui ne doit en aucun cas être confondue avec la démence vraie.

A. Piotrowski (*Dziekanka-Gniezno*). *L'article 53, 3° du Code pénal allemand.* — Dans chacun des trois tronçons de la Pologne est en vigueur encore le code pénal qui y était appliqué avant la reconstitution de l'Etat Polonais. En

Poznanie c'est donc le code pénal allemand qui joue. L'article 53, 3° de ce code prévoit l'impunité dans le cas de transgression de la défense légitime là où cette transgression est déterminée par un état de consternation, d'effroi ou de crainte. Applicable même à des individus sains d'esprit, cet article peut être appliqué d'autant plus, dans certains cas, à des hyperémotifs ou des névropathes, là où on ne peut faire intervenir en leur faveur les dispositions de l'article 51 qui prévoit l'irresponsabilité pour troubles mentaux. Le code polonais, en préparation actuellement, ne semble pas devoir contenir un article équivalent à l'article 53, 3° du code allemand. L'auteur est d'avis que c'est une lacune qu'il y aurait lieu de combler.

M. Siemionkin (*Dziekanka-Gniezno*). *Sur la nature du phénomène de Piotrowski.* — Ce phénomène consiste dans une contraction des muscles jumeaux de la jambe et dans une flexion plantaire du pied, survenant à la suite d'une excitation mécanique (coups de marteau à réflexes) du jambier antérieur. Ce phénomène s'observe dans les maladies organiques du cerveau. L'auteur l'étudia sur 547 malades, atteints de troubles mentaux, afin de préciser sa nature. Il le considère comme étant d'origine extrapyramidale. Il ne le constata dans aucun cas de troubles d'ordre fonctionnel. Le phénomène étudié n'est positif que dans les cas d'affections organiques du cerveau. L'auteur le trouva également dans les cas de schizophrénie et en couclut qu'il s'agit là avant tout d'une maladie organique, conformément aux recherches anatomo-pathologiques récentes, et plus particulièrement à la conception de Busciano qui voit dans certains symptômes de la schizophrénie l'expression d'une lésion des voies extrapyramidales.

A. Wizel (*Varsovie*). *Les formes frustes de la schizophrénie.* — A la suite d'observations personnelles, l'auteur décrit une forme spéciale de la schizophrénie qu'il désigne du nom de schizophrénie fruste ou abortive. Cette forme se distingue par un caractère abortif aussi bien des symptômes cardinaux que des symptômes accidentels. Elle se laisse caractériser du côté négatif, de la façon suivante : absence d'hallucinations, d'idées délirantes, de symptômes catatoniques, de syndromes aigus. Du côté positif, on trouve un autisme très accusé, accompagné de troubles des associations et de l'affectivité, troubles plus

ou moins intenses, mais qui gardent cependant toujours un caractère abortif. L'autisme se manifeste, dans certains cas, par une tendance très marquée à la rêverie. Cette rêverie cependant ne se transforme jamais en idées délirantes, ce qui revient à dire que le mécanisme Freudien, consistant dans la transformation de désirs en idées délirantes, s'arrête chez ces malades à mi-chemin et prend ainsi la forme de la rêverie morbide. Parfois aussi l'imagination trace devant les yeux du malade des scènes de persécution qui gardent le caractère d'un produit imaginaire et ne se transforment pas en idées délirantes, dans le sens strict du mot.

Dans certains cas, le tableau clinique est dominé par un état de désharmonie intrapsychique, allant jusqu'à la désagrégation de la personnalité, mais cette désagrégation n'est jamais complète et les malades en ont nettement conscience.

La schizophrénie fruste évolue toujours sur une constitution schizoïde.

Elle débute et évolue très lentement, de sorte que le tableau clinique ne se modifie guère. C'est une forme, par excellence, stationnaire. Des rémissions peuvent cependant se produire, même après plusieurs années de maladie,

On peut distinguer diverses variétés de schizophrénie fruste. Parmi celles-ci les plus importantes sont : la variété à forme de rêverie et la variété psychasthénique. L'auteur range dans cette dernière variété les cas de pseudo-obsessions, décrits récemment par M. et Mme Minkowski et par Minkowski et Targowla.

La schizomanie, décrite par H. Claude et ses élèves, appartient également à la forme fruste de la schizophrénie.

La schizophrénie fruste occupe une place intermédiaire entre la schizoïdie et la schizophrénie pleinement développée.

E. Minkowski.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Les cadres sociaux de la mémoire, par Maurice HALBWACHS, professeur à l'Université de Strasbourg. 1 vol. de la bibliothèque de philosophie contemporaine Alcan. Paris, 1925, 401 pages.

La « conscience morbide » de Charles Blondel nous a montré les précieux apports de la sociologie pour la compréhension des maladies mentales. Voici aujourd'hui l'ouvrage d'un sociologue dont la lecture, bien qu'il ait été écrit sans aucune préoccupation psychiatrique, enrichit encore cette compréhension.

Si la psychophysiologie, dit l'auteur, nous apprend que nos impressions ont une durée qui persiste parfois très longtemps après qu'elles se sont produites, la psychosociologie nous montre que les souvenirs ne subsistent pas à l'état inconscient, que le passé ne se conserve pas, mais se reconstruit en partant du présent. Le plus grand nombre de nos souvenirs en effet ne nous reviennent que lorsque nos parents, nos amis, d'autres hommes nous font nous les rappeler. C'est en tant que faisant partie des mêmes groupes que d'autres individus donnés, que nous évoquons ce qui fut. La société nous fournit les points de repère, les cadres sociaux dans lesquels se replace notre pensée individuelle, pour retrouver, sous forme de souvenir, ce qui a été.

I. Dans la première partie du livre, c'est-à-dire dans les quatre premiers chapitres, l'auteur étudie son sujet du point de vue individuel et s'attache à démontrer que l'homme isolé de la société n'a pas de mémoire et que les cadres collectifs de la mémoire sont les instruments mêmes dont la mémoire se sert pour recomposer une image du passé, qui s'accorde à chaque époque avec les pensées dominantes de la société.

1° *Rêves et images-souvenirs.* Faisant la critique de l'opinion de Bergson sur le rêve, l'auteur affirme que dans nos rêves ne s'introduisent jamais un souvenir réel, complet, ni des sensations analogues à celles que l'on a quand on ne dort

pas, sensations nécessitant une attention réfléchie. En effet, pour se souvenir, il faut être capable de raisonner, de comparer, c'est-à-dire se sentir en rapport avec une société d'hommes pouvant garantir la fidélité de notre mémoire. Or le dormeur précisément est coupé de l'ambiance ; il est seul. Il vit au mieux croit revivre ce qu'il imagine. Par conséquent, le rêve ne nous donne par les images-souvenirs d'un passé qui serait conservé au fond de notre mémoire.

A l'état de veille, nos souvenirs ou images du passé se rangent dans des cadres immobiles qui s'imposent à nous du dehors, qui nous reportent à une époque, nous replacent dans un état de la société dont il existe autour de nous bien d'autres vestiges que ceux que nous trouvons en nous-mêmes. Nos perceptions, nous les clouons pour pouvoir les retrouver plus tard, en les localisant, les nommant, les complétant par la réflexion. Si nous voulions faire abstraction des personnes et des objets auxquels a été mêlé notre passé, nous irions en vain à la recherche des états d'âme d'autrefois. Pour nous souvenir de nos sentiments, comme de tous nos états de conscience, nous devons les replacer dans un ensemble de faits, d'êtres, d'idées, qui font partie de notre représentation de la société. La série chronologique de nos souvenirs ne nous est pas donnée d'abord ; c'est souvent après bien des allées et venues entre tels points de repères que nous retrouvons la succession des éléments qui les composent, autre preuve que le passé ne reste pas tout emmagasiné dans l'inconscience.

2° *Langage et mémoire* Le langage n'est pas un simple instrument de la pensée, il conditionne tout l'ensemble de nos fonctions intellectuelles. C'est une certaine attitude de l'esprit, c'est la fonction collective de la pensée.

Dans l'aphasie, la mémoire se rétrécit comme dans le rêve, par la déformation et la destruction de ces cadres, mais d'une autre façon. Tandis que le dormeur est coupé de l'ambiance et est isolé, l'aphasique, malgré sa perte de la mémoire des mots, reste socialisé. Il a oublié le sens de certaines conventions sociales, mais il sait qu'elles existent Le rêveur, au contraire, conserve le sens des conventions, celui des mots, des objets envisagés isolément, mais il ne se souvient plus des conventions qui fixent dans l'espace et le milieu social, la place relative des lieux, des événements et des personnes. En somme, ce qui manque à l'aphasique, ce sont moins les souvenirs, que le pouvoir de les replacer dans un cadre, lui permettant de répondre d'une façon impersonnelle et objective lui permettant de

se placer au même point de vue que les membres de son groupe. Il lui manque, pour s'extérioriser de la sorte, les représentations symboliques.

3° *Reconstruction du passé.* Les souvenirs ne sont pas des images réelles, conservées intactes dans la mémoire. Nous les reconstruisons en les altérant forcément. Notre esprit, lors de la perception, avait des cadres, des habitudes, des modèles, des expériences, en un mot des notions qui ne sont plus le jour où nous nous souvenons. A chaque instant de notre vie, nous avons un système de notions, qui dépend des conditions où nous nous trouvons. Et un même souvenir évoqué à des époques différentes subit du passage au travers de ces systèmes, des déformations considérables. Les conditions différentes dépendent à la fois de notre nature physique (aptitudes, sensibilité et mentalité spéciales à chaque âge), de nos connaissances acquises et du milieu où nous vivons.

4° *Localisation des souvenirs.* Il ne faut pas opposer la reconnaissance à la localisation, en ne reconnaissant qu'à celle-ci l'intervention d'un facteur intellectuel. Quand on reconnaît, si on ne localise pas avec précision, du moins localise-t-on approximativement. On peut en effet toujours indiquer la zone de la vie sociale dans laquelle a eu lieu l'événement qui donna naissance aux souvenirs. Si nous cherchons à localiser exactement, c'est toujours parce que nous avons la société en considération. En somme, reconnaître est localiser d'une façon générale. Cette localisation générale se confond presque avec le sentiment du déjà vu.

Dans bien des cas, la localisation précède la reconnaissance, par exemple, quand on recherche le soir l'emploi de sa journée. La localisation des souvenirs n'exige pas l'évocation de la totalité des souvenirs amassés dans la mémoire. Nous envisageons le passé au point de vue du présent, quand nous voulons l'évoquer et ne peuvent réapparaître que les souvenirs en correspondance avec nos préoccupations actuelles. Si on se rappelle aisément ce qui s'est passé récemment, ce n'est pas parce que ces souvenirs récents sont contigus dans le temps, mais c'est parce qu'ils font partie de l'ensemble des pensées communes à l'un des groupes dont nous faisons partie. Quand on cherche à localiser des souvenirs très anciens, on les replace dans un ensemble de souvenirs communs à des groupes constitués par les gens avec lesquels on est resté en relations : famille, camarades d'enfance, de régiment, etc. Il n'y a pas plus lieu de parler d'association par ressemblance, pour expliquer l'évocation des anciens souvenirs, que d'associa-

tions par contiguïté pour expliquer celle des souvenirs récents, car, s'ils se ressemblent, c'est par le fait qu'un même groupe s'y intéresse et est capable de les évoquer.

II. Dans la deuxième partie du livre, l'auteur se place au point de vue collectif. Il étudie la façon dont la mémoire du groupe se réalise et se manifeste dans les mémoires individuelles.

5° *Mémoire collective de la famille.* — Dans une famille, ce sont les règles et coutumes préexistant à l'entrée de l'individu, par naissance ou mariage, qui fixent la place qu'il y aura. Ce ne sont pas ses sentiments personnels. Ces règles et coutumes varient avec les civilisations. Par exemple, à Rome, la famille, qui comprenait esclaves et clients, comportait, outre les rapports conjugaux et consanguins existant dans notre famille contemporaine, des rapports juridiques.

Mais, outre ces règles communes à toutes les familles d'une même société, chaque société a des façons de penser et des mœurs qui lui sont spéciales. L'esprit de famille s'explique par des représentations familiales, dans la genèse desquelles la communauté des croyances religieuses, le rapprochement dans l'espace, la ressemblance des situations sociales ne jouent qu'un rôle accessoire. — La personnalité morale et physique de chaque membre est plus connue des autres membres que du reste des hommes, parce que ceux-là sont mieux placés pour s'observer entre eux et y ont un intérêt. Chaque famille finit par avoir sa logique et sa tradition, qui ressemblent à celles de la société, puisqu'elles en émanent et que chacune continue à régler ses rapports avec elle. Mais cette logique et ces traditions se distinguent de celles de la société générale, parce qu'elles se pénètrent peu à peu de l'expérience particulière de la famille, pour en assurer la cohésion et garantir sa continuité.

6° *Mémoire collective religieuse.* — Dans toute religion, il faut distinguer les rites (gestes, paroles, objets liturgiques, textes sacrés), qui sont fixés dans une forme matérielle immuable, et les croyances, qui changent à la longue, en tant qu'interprétations de ces rites. Le dogme qui se crée à un moment donné est une interprétation des rites dont on a oublié la signification. Aussi cette interprétation se ressent-elle des manières de penser de la société au moment où le dogme fut promulgué. La pensée religieuse, bien qu'en retard sur la pensée laïque, ne peut pas ne pas s'isoler de ces modes de réflexion. La théologie, suivant le mot de Loisy, est comme une adaptation de la doctrine

révélée aux différents états de culture que traverse l'humanité.

La mémoire religieuse, bien qu'elle s'efforce de s'isoler de la société temporelle, obéit aux mêmes lois que toute mémoire collective. Elle ne conserve pas le passé ; elle le reconstruit à l'aide des traces matérielles, rites, textes, traditions qu'il a laissés, mais aussi à l'aide des données psychologiques et sociales récentes, c'est-à-dire avec le présent. C'est ainsi qu'elle retient, malgré sa méfiance à leur égard, les faits surnaturels de révélations, de visions dont certains individus mystiques ont été privilégiés.

7° *Classes sociales et traditions.* — Dans l'ancien régime, l'ordre social avait une physionomie concrète. Les titres désignaient l'individu à certaines fonctions, et ces titres, de nature familiale, étaient pour ainsi dire charriés par son sang. Ils ne pouvaient pas être cédés. La tradition des exploits des ancêtres honorait chacun de ses descendants. A la révolution, l'ordre social fut pour ainsi dire abstrait, la fonction remplaça le titre. C'est l'aptitude à bien accomplir la fonction qui désigne l'individu, auquel elle doit être confiée.

La société dont les membres exercent des fonctions sociales présente à considérer deux zones : la zone d'activité technique, celle où l'individu, en tant que fonctionnaire, exerce ces fonctions ; et la zone des relations personnelles, celle où l'individu, en tant que particulier, vit pour lui-même. L'activité technique consiste à connaître et à appliquer les règles et préceptes qui, à chaque époque, prescrivent les actes, paroles et gestes d'une fonction. Elle ne se confond pas avec l'activité professionnelle, parce que, dans l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire ne peut pas oublier les relations qu'il a eues ou pourra avoir, indépendamment de celles que lui vaut son rôle social, avec les membres de la société. Le fonctionnaire ne quitte donc pas la zone des relations, peut-on dire, quand il pratique sa technique.

D'ailleurs si, pour la pratique courante, la technique suffit à l'accomplissement de la fonction, grâce à l'application automatique des procédés tout montés, il arrive maints cas d'espèces où ces procédés sont inopérants. Le technicien doit faire appel à l'expérience qu'il a hors de sa science particulière, pour agir socialement. Ainsi, en présence d'un procès qui soulève des problèmes dont la solution n'est prévue ni par le code, ni par la jurisprudence, le juge doit faire non seulement du droit, mais de la psychologie, en évoquant tous ses souvenirs, en appréciant toutes les circons-

tances, en tenant compte du niveau intellectuel, moral, social, etc., des parties. Il rend un arrêt en son âme et conscience, c'est-à-dire en sa qualité d'homme, plus qu'en sa qualité de légiste.

Tel est, sèchement et trop brièvement résumé, le contenu de cet ouvrage, dont les chapitres traitent parfois de sujets que n'annonçait pas le titre. Ces digressions sont toujours fécondes en suggestions. Elles consistent en critiques judicieuses des théories de Bergson sur la mémoire, les images, le rêve, en apports précieux sur la rêverie, la psychologie des vieillards, la psychologie des enfants, en réflexions instructives sur l'histoire, sur la religion, sur les institutions, etc.

Les deux premiers chapitres sur le rêve et sur l'aphasie sont ceux que les psychiatres liront, non pas avec le plus d'intérêt, car tout est intéressant dans ce livre, mais avec l'esprit le plus critique, à cause de leur compétence en la matière.

La question du rêve, que les prodigalités inépuisables de l'imagination luxuriante et luxurieuse des psychanalystes n'a guère éclairée, — et dont la solution est toujours aussi lointaine, pour ne pas dire inaccessible, à cause de la complexité immense de ses éléments, — est envisagée d'un point de vue nouveau et qui découvre quelques vérités.

Quant aux vues très originales de M. H., qui possède sur les théories de l'aphasie de profondes connaissances, elles eussent gagné à être confrontées par leur auteur avec les réalités de la clinique et de la biologie. Elles n'eussent pas été ternies par cette phrase de la page 94 : « La cause de l'aphasie ne se trouve pas dans une lésion cérébrale, puisqu'elle pourrait se produire chez un sujet à cet égard parfaitement sain. » Cette comparaison à un aphasique du candidat qui, à un examen, se trouble au point de ne plus pouvoir répondre, n'eût pas été maintenue, ni cette déclaration qu'un tel trouble s'explique par des causes évidemment sociales et non par une lésion cérébrale.

En effet, tout d'abord, en ce qui concerne l'aphasie, les écoles médicales les plus opposées sont d'accord pour la rattacher à une lésion cérébrale. Ce sur quoi elles disputent, c'est sur la topographie de celle-ci. — Ensuite, les troubles mentaux ne sont pas toujours conditionnés par un état lésionnel évident du cerveau ; mais il ne s'ensuit pas pour cela que cette condition doive être cherchée en dehors de l'organisme. Un cerveau apparemment intact fonctionne mal s'il est intoxiqué par un sang impur, ou s'il subit le contre-

coup de la lésion d'un organe plus ou moins lointain. Le candidat qui ne trouve pas la réponse n'a pas seulement la perte du sens de la convention sociale qui désigne le mot rebelle; il a perdu la maîtrise de sa pensée. Il est ému, et son émotivité actuelle se traduit par d'autres signes psychiques, tout au moins par ces signes que l'on engloge vulgairement sous le nom de distraction. Au point de vue nosographique, c'est un confus mental et non un aphasique. Sa maladie est légère, fugace. Elle n'entame pas sa substance cérébrale, mais elle correspond à des modifications biologiques incontestables. L'analyse du sang et des urines, la notation de la pression artérielle d'un homme ou d'un animal ému montrent des altérations humorales et vasculaires, dont le contrecoup sur le cerveau produit les troubles psychiques de l'émotion, notamment l'amnésie. Des causes sociales peuvent déclencher l'émotion, mais elles ne la conditionnent pas. La condition des troubles morbides présentés par un individu ne peut jamais siéger ailleurs que dans son corps.

Cette critique, qui s'adresse à l'un des points tout à fait accessoires de l'œuvre de M. H. ne diminue pas sa grande valeur. Le compte rendu ci-dessus, malgré son imperfection, suffit à la montrer. Pour ne souligner que le côté psychiatrique de l'intérêt de cet ouvrage, remarquons le jour nouveau jeté par la notion des cadres sociologiques de la mémoire sur les différences considérables qui, en dehors de toute cause morbide, existent entre les individus dans leur capacité d'enregistrer et d'évoquer les souvenirs.

Si nous avons pu prendre M. H. une fois en flagrant délit d'erreur de diagnostic, l'application de sa notion des cadres sociologiques de la mémoire nous empêchera maintes fois de commettre l'erreur plus grossière de décréter malades et atteints d'amnésie des individus aussi sains que nous, et dont nous ne différons que par les conditions sociales. La lecture de son bel ouvrage est donc très fructueuse pour les psychiâtres.

Paul COURBON.

BIBLIOGRAPHIE

Le Sang, Etudes morphologiques, biologiques et cliniques, publiées sous la direction de Pr. MERKLEN, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. Numéro spécial de *Strasbourg Médical* (*Gazette médicale de Strasbourg*, fondée en 1843), 1 *a*, place de l'Université, *Strasbourg*. Le numéro 4 francs pour la France, 5 francs pour l'Etranger.

SOMMAIRE

I. Travaux d'ordre morphologique. — J. SABRAZÈS (de Bordeaux) : Le sang dans la variole. — Paul LAMBIN (de Louvain) : Les hémohistioblastes de Ferrata et leur rôle dans l'hématopoièse. — A. NANTA (de Toulouse) : Mycosis fongoïde et lymphogranulomatose.

II. Travaux d'ordre biologique. — J. JOLY (du Collège de France) : Leucocytes et rayons X. — Noël FIESSINGER (de Paris) : Les ferments leucocytaires. — Etienne MAY (de Paris) : La résistance globulaire.

III. Travaux d'ordre clinique. — M. FAVRE (de Lyon) : Notes cliniques sur une variété d'adénie infectieuse : l'adénie éosinophilique prurigène. — Pr. MERKLEN et M. WOLF (de Strasbourg) : Les diathèses hémorragipares. — Pr. MERKLEN et M. WOLFF (de Strasbourg) : Nosographie de l'hémogénie. — J. WEISSENBACH (de Paris) : Les étapes du diagnostic des syndromes anémiques. — M. WOLF et R. FONCIN (de Strasbourg) : Hématies et plasma dans les leucémies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 18 Janvier 1926

Présidence : M. le Dr SÉGLAS

Crise d'automatisme paraissant de nature comitiale déterminée par l'audition d'un air de musique. Syndrome parkinsonien, par MM. L. MARCHAND et E. BAUER. — Une femme, âgée de 50 ans, a eu une crise convulsive comitiale typique à 46 ans ; elle est atteinte depuis de malaises avec inconscience incomplète, bredouillement de syllabes inintelligibles, tremblement et parfois vertige avec chute. Ces malaises peuvent être provoqués par la perception de bruits violents et surtout de bruits musicaux.

Cette femme présente en plus un syndrome parkinsonien : attitude soudée, facies figé, rigidité musculaire, léger tremblement.

Les traitements antiépileptiques n'ont eu aucun résultat. Les crises sont fréquentes et se renouvellent jusqu'à 18 fois par jour.

Il est difficile de préciser à la fois la nature des crises et la relation entre les crises et le syndrome parkinsonien.

Choc émotif et psychose intermittente. — MM. P. CARRETTE et DURAND-SALADIN ont observé une femme ayant été traitée pour 4 accès de manie aiguë et qui, à la fin du dernier accès, a présenté un état mélancolique typique immédiatement après l'annonce du décès de son père. Le syndrome dépressif est caractérisé par de la dysmnésie, de la sitiophobie, du mutisme, de l'anxiété, des idées délirantes d'indignité. Les présentateurs distinguent chez les intermittents, d'une part, les émotions provoquées au cours des accès et qui ne changent en rien leur évolution et, d'autre part, celles qui surviennent dans les périodes intercalaires. Ces dernières peuvent être à l'origine d'un nouvel accès, de forme d'ailleurs variable. Il n'y a pas alors coïncidence constante, mais, parfois, influence réelle du trauma psychique sur un organisme préparé à une nouvelle phase de la psychose par des conditions physiologiques défavorables.

Pachyméningites hémorragiques et hématomes intra-arachnoïdiens, par M. TRÉNEL. — Le diagnostic des hématomes méningés, surtout à la période où on les observe dans les asiles est d'une extrême difficulté. Le syndrome clinique est flou ; il n'est point de symptôme psychique ou moteur qu'on n'y puisse observer, mais toujours sous un aspect fruste, incomplet, indécis. C'est cette indécision même des contours cliniques qui peut y faire penser ; mais ce dont il faut tenir le plus grand compte ce sont les petits signes de compression cérébrale ; ceux-ci sont eux-mêmes d'ailleurs mal définis, mais sont aussi les seuls qui puissent être considérés comme caractéritiques. A vrai dire ce n'est guère que par élimination que l'on arrivera au diagnostic. Les données de la ponction lombaire sont déficientes car, comme l'a montré Froin pour les hémorragies sous-arachnoïdiennes, le liquide céphalo-rachidien — quand il a été hématique — redevient normal dans un temps relativement court (même au 30e jour). L'hématome est donc le plus souvent une surprise d'autopsie.

T. présente plusieurs pièces des divers types de grands kystes hémorragiques provenant soit de son service, soit de ceux de ses collègues MM. Lwoff, Pactet, Rogues de Fursac et Ducosté. L'un d'eux en particulier (cas de Lwoff) réalise l'*hygroma méningé* ; dans son cas personnel un double kyste hématique comprimait les 2 hémisphères

déformant totalement le cerveau. L'ensemble syndromique — la paralysie générale étant exclue par la constatation de l'état normal du liquide céphalo-rachidien — faisait penser à des ramollissements multiples.

Une incertitude de la marche s'apparentant à l'abasie et quelques vestiges d'apraxie étaient insuffisants pour permettre une localisation.

La localisation de la lésion du début et sa pathogénie reste encore imprécise après les recherches étendues de Finkelnbourg, Jorre et Laurent et plus récemment Wolff, en Allemagne, Pierre Marie, Roussy et Guy Laroche, en France.

Les préparations présentées montrent les différentes formes décrites par ces derniers auteurs. Le développement dans l'espace intra-arachnoïdien (c'est-à-dire, entre les 2 feuillets de l'arachnoïde) des épanchements sanguins d'ailleurs enkystés et l'absence d'irruption dans les espaces sous-arachnoïdiens (c'est-à-dire entre l'arachnoïde et la pie-mère) expliquent que d'habitude la ponction lombaire soit négative.

S'appuyant sur la constatation des kystes hématiques libres dans la cavité arachnoïdienne dont il présente 2 cas caractéristiques, T. propose la dénomination d'*hématomes intra-arachnoïdiens* ou sous-duréméniens ; le terme de pachyméningite convenait peu à ces cas où la dure-mère apparaît intacte : cette dénomination s'opposerait à celle d'*hémorragies sous-arachnoïdiennes* (Froin).

VARIÉTÉS

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1927

Prix Belhomme. — 800 fr. — Question : *Les troubles du caractère chez les épileptiques.*

Prix Esquirol. — 200 francs et les œuvres de Baillarger. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un

interne des Asiles d'Aliénés de Paris ou de la province momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1926, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris 6e, et adressés à M. le Dr Henri Colin, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

ANNÉE 1928

Prix Aubanel. — 300 francs. — Question : *Les états anxieux.*

Nota. — Les mémoires devront être déposés avant le 31 décembre 1927. Pour les autres conditions voir ci-dessus.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de Médecin-Chef de service est actuellement vacant à l'Asile Public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Hérault).

NOMINATIONS

Mlle PASCAL, médecin-chef à l'asile de Châlons, médecin en chef des asiles de la Seine, est nommée directeur médecin de l'asile de Moisselles.

M. le Dr ALBÈS, médecin-chef à l'asile de Font-d'Aurelle (Hérault), est nommé médecin-chef à l'asile de Châlons (Marne).

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article Premier. — Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian devront :

1° être de nationalité française ;

2° justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° faire parvenir au Secrétaire général une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 32.148

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Le prochain Congrès des Aliénistes et Neurologistes

Genève-Lausanne, 2-7 août 1926

Se faisant l'écho des inquiétudes d'un certain nombre de nos collègues, le Rédacteur en chef des *Annales Médico-psychologiques* a bien voulu me demander de les rassurer en leur exposant ici ce que sera la 30e session du Congrès.

Je le fais bien volontiers. Sans dissimuler, d'ailleurs, qu'avant d'entreprendre leur tâche, les organisateurs de cette session n'étaient pas sans craindre les répercussions que pouvait avoir sur leurs projets l'altération de la valeur du franc français survenue depuis qu'à Bruxelles, le 4 août 1924, l'Assemblée générale avait unanimement accepté l'aimable invitation de la Société Suisse de Psychiatrie.

Mais, de ces craintes légitimes, la légendaire hospitalité suisse et l'activité du dévoué secrétaire général, le Dr Repond, si bien secondé par ses collègues suisses, ont triomphé comme par enchantement.

Il est inutile d'insister sur le grand intérêt que présentera cette 30e session. Présidée par le professeur Ed. Long, de Genève, et par le Dr René Semelaigne, de Paris, elle a comme vice-président le Professeur Raviart, de Lille, médecin des asiles publics d'aliénés et futur président de la 31e session.

Dans sa séance inaugurale, à Genève, le 2 août, séance à laquelle prendront part de nombreux délégués officiels français et étrangers, sera célébré le Centenaire de la mort du grand aliéniste et philanthrope français, Philippe Pinel (1745-1826). A cet hommage rendu à celui qui, le premier, démontra les méfaits des moyens de contention, tous les aliénistes français voudront associer le nom du modeste et savant collègue, de l'historien érudit, neveu du grand Pinel, le Dr René Semelaigne, qui partagera avec le Professeur Long la direction de leurs travaux.

Car le travail ne manquera ni à Genève, ni à Lausanne, et les séances promettent d'être très remplies. Trois d'entre elles seront, selon la coutume, consacrées à l'exposé et à la discussion des rapports. Une séance ne suffira certainement pas à l'étude de la schizophrénie que le Professeur Bleuler, de Zurich, et le Professeur Henri Claude, de Paris, ont bien voulu accepter d'exposer séparément. Une discussion très intéressante suivra cet exposé de la conception originale du Maître de

Zurich et des vues personnelles du Professeur de l'Université de Paris.

Le Docteur Tournay, préparateur au Collège de France, membre de la Société de Neurologie de Paris, présentera un rapport sur les caractéristiques, le mécanisme et la signification du signe de Babinski, important travail qui intéressera au même titre les neurologistes et les psychiatres.

Enfin, le Professeur Charles Ladame, le très distingué directeur de l'Asile de Bel-Air, professeur de psychiatrie à l'Université de Genève, en collaboration avec le dévoué secrétaire de l'Amicale, notre collègue Demay, mettront au point la question pleine d'actualité de la thérapeutique des maladies mentales par le travail. Au cours de la session, nous pourrons d'ailleurs étudier, tant à l'Asile de Bel-Air, qu'à l'Asile de Cery sous la direction du Professeur Pressig, et à la maison de santé de Malevoz, les méthodes employées en Suisse et les résultats obtenus.

Trois séances sont prévues pour des Communications diverses sur des sujets de psychiatrie, de neurologie, d'assistance, de prophylaxie, de thérapeutique et de médecine légale. Il en est déjà d'annoncées et il est désirable que nos collègues français apportent à ces séances une importante contribution de nature à ne pas laisser ignorer leurs efforts ni leurs résultats.

Je me permets d'insister auprès de ceux, si nombreux, dont la modestie égale la valeur, pour qu'ils consentent à rompre leur silence et à apporter à Genève et à Lausanne le fruit de leurs observations et de leur expérience.

Délégué par la Société médico-psychologique en

réponse à l'invitation qu'elle avait reçue de la Société Suisse de Psychiatrie, je viens d'assister à Berne, les 27 et 28 février, à la 69e Assemblée de cette Société. Malgré de nombreuses invitations faites avec une cordialité que seul égale l'accueil reçu, le Professeur Pfersdorff, de Strasbourg, fut le seul Français qui répondit à cet appel. D'autres que nous, pourtant, avaient répondu. Le nombre et l'importance de la délégation allemande me firent regretter souvent l'absence de tant des nôtres que j'aurais aimé rencontrer à Berne et qui y auraient été si bien accueillis (1).

J'entends bien. Vous m'objectez le change, les conditions économiques actuelles, les frais de voyage, et par-dessus tout, la parcimonie coupable de l'administration vis-à-vis de médecins dont la vocation et l'esprit de sacrifice sont assez forts pour entrer dans une carrière où l'on assure à peine leur existence, sans plus d'égards pour leur diplôme médical, et pour leur spécialisation ultérieure, que pour les qualités morales qu'exigent leurs fonctions. Et vous avez mille fois raison !

Aussi les organisateurs de la prochaine Session de Genève-Lausanne ont-ils voulu supprimer, autant qu'était en leur pouvoir, ces conditions fâcheuses. Désirant que puissent venir en grand nombre les médecins des asiles français, qui furent les créateurs du Congrès, qui en sont la force, la vie, qui y tiennent chaque année la réu-

(1) La 70e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie se tiendra à Zurich les 27 et 28 novembre 1926. Le professeur Janet, sollicité d'y présenter, en français, un rapport sur la suggestion, a accepté. Cela engagera sans doute beaucoup de neuro-psychiatres et de psychologues français à assister à cette réunion.

nion de notre Amicale, qui le reçoivent dans leurs Etablissements avec tant de dévouement et d'hospitalité, qui lui fournissent présidents, secrétaires généraux, rapporteurs, et lui apportent enfin avec leur expérience scientifique, leurs qualités remarquables d'administrateurs, les organisateurs de la 30e session du Congrès ont, dès l'abord, décidé de réduire au minimum, pour les Congressistes, les frais de séjour en Suisse.

De généreuses subventions suisses et françaises vont leur permettre de réaliser ce programme.

Assurément le change n'est pas favorable et la vie n'est pas clémente en Suisse au touriste français. Peut-être un peu moins défavorable tout de même qu'on ne le dit et qu'on ne le croit. Je vais entrer ici dans quelques détails pratiques, parce qu'ils m'ont été demandés et qu'ils sont de nature à apporter des apaisements aux inquiétudes que l'on me signale. Ne m'apprenait-on pas hier que dans un service d'hôpital Parisien courait le bruit que la session de Genève-Lausanne n'aurait pas lieu ? Il est vrai qu'à Paris surtout les canards ont des ailes...

Ce qui est cher en Suisse, ce sont avant tout les transports et les repas. Une liste des prix des hôtels de Genève et de Lausanne, liste qui est actuellement à l'impression et sera annexée au programme de la session, montrera qu'en réalité le prix des chambres est moins élevé, même au taux actuel du change, qu'à Paris ou à Bruxelles.

Nous avons donc décidé de prendre tous les transports sur territoire Suisse à la charge du Congrès, quand ils ne nous sont pas généreusement offerts, ce qui est fréquemment le cas.

Le matin du 2 août, les Congressistes arriveront à Genève, à l'extrémité d'une ligne française, ayant fait leur voyage sur territoire français. Le soir du 7 août, après la clôture de la 30e session, nous les laisserons en France, à Evian-les-Bains.

Du 2 au 7 août, ils seront transportés en chemin de fer, en cars, en bateau, de Genève à Divonne-les-Bains, à la Métairie (Nyon), au Château de Chillon, à Montreux, à Vevey, à Lausanne, à Malevoz-Monthey et à Evian-les-Bains, sans bourse délier.

Quant aux repas, les Congressistes en auront à leur charge un minimum, deux, peut-être trois ? Sans préjudice d'une Réception offerte par le Conseil d'Etat du Canton de Genève et par le Conseil Administratif de la Ville, d'une Réception à la Société des Nations et d'autres réceptions dans diverses cliniques, des repas seront offerts par l'Asile de Bel-Air (Genève), par l'Etablissement hydrothérapique de Divonne-les-Bains (Ain), par la Maison de Santé de la Métairie, à Nyon (Vaud), par les médecins des Cliniques « Mon Repos », « Mont-Riant » et « l'Ermitage » au Château de Chillon, par les médecins de Montreux et Vevey à Vevey, par le Canton de Vaud et la ville de Lausanne à Lausanne, par la Maison de Santé à Malevoz-Monthey (Valais), par la Société des Eaux à Evian. La Caisse du Congrès prendra aussi à sa charge en totalité ou en partie, certains de ces frais. Il ne restera, je le répète, aux Congressistes, que deux ou trois repas, au maximum, à prendre isolément à Genève ou à Lausanne.

Dans ces conditions, peut-on penser que le Congrès de Genève et Lausanne, par les frais qu'il

entraînera, soit de nature à éloigner les Congressistes ? Bien au contraire. Et ne peut-on dire, à bon droit, que dans les conditions économiques actuelles c'est une occasion unique d'assister à des séances scientifiques du plus grand intérêt, et, acceptant une hospitalité si cordialement offerte, de faire dans les meilleures conditions un délicieux séjour, sur les rives enchanteresses du lac azuré qui réunit la Suisse à la France (1).

Dans ce Congrès, véritable Congrès international de langue française, auquel l'an dernier dix-huit nations étaient représentées, nombreux seront les collègues qui viendront du monde entier pour célébrer le centenaire d'un grand aliéniste. Mais plus nombreux encore seront les aliénistes français, pour rendre hommage à leur grand ancêtre de la période révolutionnaire, en montrant à nouveau que la science psychiatrique française sait puiser dans des difficultés passagères de nouvelles raisons de vie et de progrès.

René CHARPENTIER.

(1) Après la session du Congrès, des *excursions facultatives* en auto cars seront organisées spécialement pour les Congressistes par une agence de voyages. Le programme de ces excursions sera joint au programme du Congrès. Trois projets différents permettront aux Congressistes, au départ d'Evian, de se diriger vers Mulhouse, vers Grenoble ou vers Nice.

ARTHRITISME ET ÉPILEPSIE

Par M. PASTUREL

Directeur de la colonie de Dun-sur-Auron

Malgré les travaux récents et nombreux qui ont paru, tant en France qu'à l'étranger, sur l'épilepsie essentielle, la nature de cette affection est loin d'être élucidée. On a émis sur son compte toutes les hypothèses ; les facteurs les plus disparates et les plus contradictoires ont été tour à tour invoqués et abandonnés pour expliquer sa pathogénie.

On a prétendu que l'épilepsie n'est pas en réalité une maladie convulsirante, mais plutôt un coma (Hartenberg).

L'hérédité, ou plutôt les antécédents pathologiques, les tares des ascendants ne seraient pour rien dans l'éclosion des accidents épileptiques qui seraient purement accidentels (Ducosté), et pourtant Dieu sait si dans l'immense majorité des cas ces facteurs sont importants.

Les travaux de laboratoire et leurs applications thérapeutiques n'ont été guère plus heureux, malgré des articles sensationnels.

Il semble toutefois, d'après les recherches scientifiques les plus nouvelles et les mieux conduites, qu'on peut admettre aujourd'hui que la cause immédiate des manifestations du mal comitial est d'ordre circulatoire et vaso-moteur.

Le rôle du système du grand sympathique deviendrait dans ce cas des plus importants.

Mais, quel est le mécanisme qui déclanche ce phénomène vaso-moteur ?

On a incriminé soit l'excès d'urée dans le sang, la présence d'acidose, la modification de la teneur du sang en principes minéraux, soit l'intoxication diges-

tive ou d'origine glandulaire (insuffisance des glandes endocrines), mais tous ces facteurs, en somme, n'ont intéressé que des cas particuliers.

Dans certains cas, ils se contredisent même, selon les expérimentateurs, surtout pour la teneur en urée qui a été trouvée en excès, tantôt avant la crise, tantôt après la crise.

Il a donc fallu chercher ailleurs.

Un nouveau champ s'est ouvert avec les travaux de Widal et de ses élèves sur l'anaphylaxie, sur les chocs colloïdoclasiques, par lesquels on a essayé d'expliquer la genèse de la crise comitiale.

Sans que tous les cas d'épilepsie essentielle puissent être expliqués par cette théorie, il semble que, dans pas mal de circonstances, le mal comitial se déclancherait d'après ce mode et se comporterait comme une crise d'asthme, d'urticaire, un accès de migraine, trois affections de source arthritique.

Cette question si complexe du mal épileptique, je la suis depuis de nombreuses années.

Appelé à diriger pendant près de 7 ans un asile comptant une moyenne de 60 épileptiques, j'ai eu sous les yeux un champ d'observations aussi riche que varié.

Mon étude a porté sur des épileptiques de tout âge, de toutes les formes, depuis le jeune comitial à crises convulsives espacées, lucide et conscient en-dehors d'elles, jusqu'au dément épileptique, épave de son dur calvaire convulsif, en passant par le sujet à crises nombreuses et de grande intensité, accompagnées de troubles intellectuels et sensoriels profonds, et le sujet présentant des accès vertigineux seuls ou des équivalents épileptiques.

Cette observation de longue haleine m'a amené à regarder l'épilepsie essentielle, idiopathique, non comme une maladie accidentelle, mais surtout comme une maladie générale, en connexion étroite avec quantité de vices constitutionnels, avec les diathèses, et en particulier avec la diathèse arthritique.

Par ses réactions, elle doit être toujours considérée comme une affection du système nerveux, puisqu'elle

s'accompagne de perte de connaissance, de convulsions, etc..., mais à cause de ses modalités, à cause de son polymorphisme, à cause de la diversité de ses réactions à l'égard des méthodes thérapeutiques, elle se rapprocherait beaucoup des maladies d'ordre humoral, telles que la goutte, la migraine, etc... (Pagniez).

Elle deviendrait ainsi une sœur de ces deux affections, une sœur différenciée bien entendu, dont le domaine pathologique serait l'axe nerveux central influencé d'une façon intermittente par le trouble morbide, comme c'est le cas de l'articulation pour la goutte.

La cellule nerveuse ne servirait plus que d'intermédiaire, elle ne serait plus la cause initiale du mal ; elle se comporterait comme une espèce d'accumulateur se déchargeant par intervalles et par périodes, selon le potentiel toxique ou pathologique d'origine endogène ou exogène qui se serait accumulé à son intérieur.

Ce potentiel serait le fait de processus nocifs, charriés dans le sang, venant irriter l'élément nerveux noble.

Ces processus prendraient souvent naissance dans la constitution arthritique du sujet lui-même.

Que faut-il entendre par arthritisme ?

Il est assez difficile de donner une définition juste et précise de cette diathèse, la seule que les savants modernes aient consenti à conserver.

Diathèse qu'il faut se garder de trop étendre, au risque de lui faire englober toute la pathologie, comme l'on a tendance à le faire aujourd'hui pour la syphilis, à laquelle on attribue un nombre incroyable d'affections.

D'après Bouchard, « l'arthritisme est un état morbide constitutionnel, héréditaire ou acquis, avec trouble permanent de la nutrition, basé sur l'hyperadicité des humeurs, trouble ou mieux ralentissement de la nutrition qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme siège, comme évolution et comme processus pathologique, et qui est entretenu lui-même par les auto-intoxications qu'il a engendrées ».

C'est une affection retardante ; ceux qui en sont atteints sont des ralentis.

Pour Renaut, de Lyon, « le *primum movens* de l'arthritisme est la rupture du parallélisme entre le déploiement de force neurale et le déploiement de force musculaire. Ce n'est pas un ralentissement de la nutrition qui commande la mise en train des complexes arthritiques, c'est l'exagération, la surproduction de force neurale qui, faute de trouver à s'utiliser en suscitant des mouvements corrélatifs, se dépense en actes interstitiels aberrants.

« L'énergie potentielle développée use les centres nerveux encéphaliques en actes psychiques, se déplace en combustions interoganiques non motivées (azoturie, oxalurie, phosphaturie, mouvements congestifs). Les éléments migratures restant plus longtemps dans un milieu intérieur (tissu conjonctif à plasma vicié) s'emploient en échanges dont les collagènes font les frais. La stase lymphatique invisible, mais réelle, devient à son tour la cause d'une multitude de lésions, les unes irritatives, les autres toxiques.

« L'homme moderne paie sa supériorité cérébrale, il paie aussi l'aide qu'il se fait donner par les animaux et par les machines, il paie son absence de sobriété. L'arthritisme le punit d'avoir fait en sorte que chez lui le liquide nourricier primordial, la lymphe, ne circule plus qu'à petite vitesse au sein du milieu intérieur correctif. »

L'arthritisme ne comprendrait plus aujourd'hui que la goutte, l'obésité, le diabète, la lithiase biliaire, la migraine. Il faut y ajouter l'asthme et le rhumatisme polyarticulaire chronique, malgré le refus de de Grandmaison (*Traité de l'arthritisme*), et conformément aux idées de Lancereaux (*Traité de la goutte*).

L'arthritisme mord ainsi beaucoup d'organes ; ses manifestations sont multiples et, comme il est l'apanage habituel des vieilles races, d'un sang épuisé, il ne faut pas s'étonner qu'il donne lieu à des stigmates de dégénérescence et qu'il marque le système nerveux d'une empreinte toute spéciale.

Puisque, d'après l'exposé de ce travail, nous envisageons surtout l'arthritisme dans ses relations avec le système nerveux, et particulièrement l'épilepsie, voyons quels sont les caractères de l'arthritique au point de vue psychique ou, autrement dit, sous le rapport intellectuel et moral.

Prenons comme type le goutteux dont nous reproduisons la remarquable description psychologique de Lancereaux.

« La mentalité du goutteux se fait remarquer par des caractères extrêmes : une volonté ferme ou chancelante, la justesse ou la fausseté de l'esprit. Les hommes instruits, tenaces dans leurs convictions, rigides dans le devoir, profondément religieux, de même que les personnes changeantes, jalouses et vindicatives, sont généralement entachées de cette maladie, qui comprend ainsi la meilleure et la pire portion de l'humanité.

« S'il a le jugement droit, l'arthritique devient inventeur ; s'il ne voit pas juste, il verse dans le spiritisme, le magnétisme, le mysticisme. L'esprit de cet homme est inquiet, chercheur, insatiable, emporté, le plus souvent triste, à moins que la tristesse ne soit remplacée par une gaîté folle, comme si la pondération lui faisait défaut. L'inquiétude porte sur les choses les plus diverses, matérielles ou spirituelles, et le plus souvent sur sa santé. »

L'arthritique, et surtout le neuro-arthritique, a souvent les mêmes réactions que les nerveux. Il est très impressionnable, sujet à des écarts d'humeur et de caractère, impulsif et très susceptible.

Il est d'une sensibilité exquise, et c'est là peut-être la raison qui le fait considérer par son entourage comme exagérant sans motif ses sensations.

Il est mobile, indécis, tantôt gai, tantôt triste, mais le plus souvent triste, enclin à l'hypochondrie.

Egoïste et exigeant, il se préoccupe surtout de lui-même et tyrannise facilement les siens, qu'il voudrait voir constamment à ses petits soins.

Toutefois, à côté de ce caractère désagréable et de ce manque de pondération, beaucoup d'arthritiques se

font remarquer par une intelligence très vive, par une grande finesse, par un esprit chercheur et original, par des sentiments très élevés et une grande loyauté.

Ce résumé de l'état psychique de l'arthritique se rapproche par certains côtés de celui de quelques épileptiques.

On note en effet, parmi ces derniers, des éclairs d'exaspération intellectuelle, des phénomènes d'hypermnésie ou d'hypéridéation (Féré), qui sont quelquefois, il est vrai, les signes précurseurs de crises ou de troubles comitiaux, mais qui n'en constituent pas moins une preuve de vivacité intellectuelle.

Des facultés intellectuelles hors de pair, de grands talents ne sont pas incompatibles avec la grande névrose. L'histoire en signale des exemples illustres.

César, Mahomet, Newton, auraient présenté des troubles épileptiques. Napoléon I^er^ lui-même n'en aurait pas été exempt et, fait digne de remarque, était sujet en même temps à des crises d'eczéma (Corvisart), et par conséquent sous le coup de la diathèse arthritique.

Toutefois, malgré les affirmations de Mlle George, de Mme de Rémusat et de Talleyrand, qui prétendent avoir assisté à de véritables crises convulsives de l'Empereur, il est probable que ce dernier était sujet plutôt à des équivalents épileptiques et encore à condition d'élargir le sens de cette appellation pathologique.

Beaucoup plus près de nous, et ici il n'y a plus de contestation possible, Gustave Flaubert nous fournit le type d'un homme qui, bien que comitial, a pu produire de véritables chefs-d'œuvre.

En dehors de cette exaspération intellectuelle, il n'est pas rare de voir chez l'épileptique une exaltation des sentiments affectifs, un altruisme excessif.

A l'asile, j'ai vu un jeune épileptique, âgé de 24 ans, prenant fait et cause pour des camarades d'infortune, débiles, incapables de réagir aux tracasseries d'autres malades.

L'épileptique est également enclin à des idées mystiques ; il est souvent mélancolique, avec tendances à s'isoler, soit des autres malades, soit de la société ordinaire lorsqu'il vit en liberté.

Il est naturellement irritable, impulsif et souvent violent.

Toutes ces particularités, nous les retrouvons chez l'arthritique.

Les auteurs ont en général exagéré le défaut de sociabilité, le caractère égoïste, insupportable de l'épileptique, ils n'ont sans doute eu qu'en vue les épileptiques d'asiles, qui sont parmi les plus tarés et dont les réactions sont les plus dangereuses, et en celà je partage en partie l'opinion de Ducosté.

Le caractère de l'épileptique est essentiellement mobile et explosif.

Les cauchemars, les rêves pénibles, un sommeil entrecoupé de réveils brusques en sursaut, accompagné de céphalée, de malaises, s'observent aussi bien chez l'arthritique que chez l'épileptique.

Beaucoup d'épileptiques, quoique ayant un penchant très marqué pour l'alcool, le supportent mal. De petites quantités de vin ou de spiritueux suffisent pour provoquer chez eux de l'intoxication éthylique. La plupart des arthritiques sont logés à la même enseigne : j'ai vu des cas d'une susceptibilité extraordinaire à l'alcool ; l'absorption d'un simple petit verre suffisait pour déterminer, soit de la migraine, soit des troubles gastriques.

C'était une véritable réaction anaphylactique.

La dipsomanie, que Krœpelin et Gaupp considèrent assez justement comme une manifestation du caractère épileptique, se rencontre aussi chez beaucoup d'arthritiques et surtout chez les neuro-arthritiques.

Les exemples que nous connaissons sont, il est vrai, fournis par des sujets dont l'impulsion à boire est modérée par rapport à certains dipsomanes, mais ces mêmes sujets ont pendant plusieurs jours de suite des impulsions irrésistibles à absorber des boissons fermentées.

Ce besoin est relativement de courte durée, ne s'accompagne pas d'ébriété et disparaît brusquement de la même façon qu'il s'est installé.

Il en est de même des fringales de nature impulsive, d'un besoin impératif d'aliments allant jusqu'à une véritable boulimie.

Le changement de régime, d'habitudes, de climat, etc... exerce son influence à la fois et sur les épileptiques et sur les arthritiques.

Pour les premiers, il est constant de remarquer que lors d'un transfert par exemple d'un asile dans un autre, les crises subissent pendant un certain temps une recrudescence pour diminuer ensuite et se maintenir en un plateau régulier.

Un déplacement quelconque, un voyage un peu long en chemin de fer, suffisent aussi pour déclancher chez l'arthritique une crise d'asthme, des accès migraineux.

Des troubles digestifs tels qu'un état saburral et une inappétence paroxystique sont fréquents chez les épileptiques et ne s'améliorent pas rapidement par l'administration de purgatifs, comme il est d'usage dans les embarras gastriques ordinaires.

Cet état saburral semble être tributaire d'un trouble de secrétions internes (probablement de l'estomac et de l'intestin).

Ce fait est également fréquent chez beaucoup d'arthritiques. Quant à certaines affections de la peau, comme par exemple le pityriasis versicolor, d'après Féré, les épileptiques y seraient exposés d'une façon inusitée.

L'épileptique et l'arthritique sont généralement très sensibles aux températures extrêmes.

Ils supportent mal les gros froids et les grandes chaleurs. La recrudescense des crises est provoquée par la période de la canicule et par une apparition subite du froid.

Notamment nous avons retenu le cas d'un comitial encore jeune (37 ans), jardinier de son métier, dont la chaleur de l'atmosphère accrue de celle du sol sur lequel il était courbé durant les travaux d'été, aggravait et intensifiait les crises d'une façon très sensible.

A l'épileptique, bien que l'exercice physique et le séjour aux champs, soient des plus favorables, il faut un travail modéré. Malgré un déploiement de force musculaire, quelquefois considérable, dont font preuve certains épileptiques, ils sont en général moins robustes et moins endurants que les apparences pourraient le faire croire.

Si on impose aux arthritiques un travail musculaire excessif, une fatigue corporelle de longue durée, on assiste à une véritable intoxication.

L'arthritique, bien que se plaignant toujours et très sensible aux moindres affections, supporte en général assez bien les traumatismes. De plus si on ne peut dire qu'il soit vacciné ou immunisé à l'égard des infections, du moins ces dernières n'atteignent pas chez lui un dégré aigu comme chez beaucoup. Les maladies infectieuses ne semblent pas avoir chez lui la même gravité ; son organisme se défend mieux.

Tout le monde connait les blessures accidentelles, les contusions, auxquelles sont exposés journellement les épileptiques. Malgré les hémorragies consécutives parfois graves, ces malades se remettent avec une rapidité déconcertante et au bout de quelques jours, on ne voit plus trace du trauma.

Les auteurs ont signalé l'influence des maladies fébriles infectieuses aiguës, des fièvres éruptives, de l'inoculation vaccinale, l'érésipèle, etc.... de certains sérums, tels que le sérum antitétanique et le venin de crotale sur les crises épileptiques.

Ces dernières sont suspendues ou du moins très atténuées pendant toute la durée de la maladie intercurrente.

Chez l'arthritique, il est constant également de voir des migraines, des céphalées, des gastralgies, dissipées par l'apparition brusque soit d'un eczéma, soit d'une localisation goutteuse au niveau d'une articulation.

De même que chez l'épileptique, l'attaque se déclare la plupart du temps brutale et brusque, de même chez l'asthmatique, la crise débute souvent avec la même soudaineté et s'accompagne quelquefois de perte de connaissance. Certaines crises d'épilepsie débutent par un accès d'asthme (Roger).

Quelles sont les réactions thérapeutiques de l'arthritique et de l'épileptique ?

Disons tout d'abord que certains médicaments tels que le gardénal, améliorent en même temps les accès d'asthme et les crises d'épilepsie (Pagniez) d'où une nouvelle preuve de la parenté de ces deux affections.

L'arthritique plus que tout autre est sujet à des phénomènes d'anaphylaxie, il ne réagit pas dans bien des circonstances aux médicaments comme les autres malades, et cette réaction se comporte souvent comme une véritable intoxication.

Par exemple, l'absorption de quelques cachets d'aspirine ou de quinine suffit pour provoquer chez lui des céphalées, des nausées, des vertiges.

L'épileptique est également très sensible, même à des médicaments considérés cependant comme spécifiques de cette maladie, et je me demande, après quelques auteurs, si l'absorption de ces médicaments ne provoquerait pas à la longue une intoxication que l'épileptique liquiderait en bloc par une série de crises subintrantes, mettant sa vie en danger.

On a signalé, et personnellement j'ai constaté, des signes très nets d'intoxication, par exemple, par le gardénal, absorbé cependant à une dose très modérée, c'est-à-dire à raison de 0 gr. 10 cent. par jour ; ces troubles se traduisaient par de l'érythème, de l'œdème, des douleurs rénales et un état saburral des voie gastriques.

Tous ceux qui ont pratiqué les épileptiques savent que le traitement spécifique de cette terrible maladie n'existe pas.

Les médicaments proprement dits n'agissent que comme palliatifs, et encore faut-il à leur égard être très circonspects.

L'amélioration, ou du moins la tolérance du mal, consiste surtout dans le *modus vivendi,* dans l'hygiène générale.

Chez l'épileptique, il ne faut pas de heurt, de choc, de vie agitée et inquiète, d'excès d'aucune sorte, soit physique ou intellectuel, pas d'émotions trop vives.

Il en est de même chez l'arthritique.

Je n'irai pas plus loin dans l'étude de ce tableau comparatif, où, j'espère, on ne voudra pas voir seulement les arguments d'une thèse, mais des faits reposant sur une observation clinique de tous les jours.

De cette série d'analogies, il n'y a qu'un pas à faire

pour dégager les déductions que nous avons laissé deviner au début de ce travail et montrer les rapports étroits de ces deux affections.

Certes, nous n'avons pas la prétention d'avoir le premier découvert ces rapports.

Baillarger a déjà signalé la coïncidence du rhumatisme avec les névroses en général.

Pour Féré (*Les épilepsies et les épileptiques*, 1890), « la goutte présente surtout des connexions sérieuses avec l'épilepsie : parmi les troubles prémonitoires de la goutte, dit-il, on rencontre fréquemment le vertige, qui se présente avec une intensité très variable ».

Pour Lasègue, les rapports du vertige et de l'arthritisme étaient tellement étroits qu'il rapportait au rhumatisme et à la goutte tous les cas de vertige dit stomacal.

Dans quelques cas, la relation avec la goutte de l'affection convulsive est des mieux démontrée par sa disparition au moment où se manifestent les douleurs articulaires (Lanzoni, Lynch, Legrand du Saulle, Teissier), ou inversement (Sauvages, Way Swietey).

Ce dernier auteur rapporte le cas d'un individu qui, ayant eu 3 accès d'épilepsie en un mois, se trouva débarrassé de ces accidents au moment où apparut une attaque de goutte.

Un malade de Blondeau, à la suite de plusieurs accès de goutte franche, fut atteint de vertiges qui l'empêchaient de se tenir debout et le firent tomber à plusieurs reprises.

A ces accidents s'associait une légère faiblesse du bras, de l'exaltation cérébrale, des rêvasseries, puis de l'abattement, de la prostration, après quoi l'intelligence reprenait sa lucidité. Cet état persista pendant près d'un an et ne disparut qu'après l'apparition d'un accès de goutte franche au gros orteil.

Or, ces vertiges, cette parésie, cette exaltation cérébrale suivie d'abattement se rencontrent fréquemment dans l'épilepsie essentielle.

Charcot et Lynch relatent chacun une observation très concluante. Le premier cite le cas d'un homme qui, sujet à des crises de goutte articulaire, fut frappé

un jour d'aphasie subite, qui disparut au bout de quelques jours, pour reparaître avec la coïncidence de nouveaux accès de goutte aux jointures et, en plus, avec des phénomènes d'épilepsie.

Lynch a constaté chez un homme qui se refroidit au cours d'un accès de goutte aiguë des convulsions fugitives du côté droit de la figure et, en même temps, la cessation des douleur articulaires.

« L'arthritisme, écrit G. de Mussy, a pour type l'attaque de goutte franche, mais, chez les goutteux et dans leur race, on voit alterner ou coïncider avec cette manifestation typique des accidents très divers, comme des névroses, l'hypocondrie, l'asthme, les névralgies à localisations diverses, la migraine, la gastralgie, l'hystérie, comme aussi des maladies du système tégumentaire. »

Dans cette énumération, il ne manque nominalement que l'épilepsie, et encore on peut admettre que G. de Mussy l'avait en vue dans son esprit en citant les névroses.

Non seulement la goutte et l'épilepsie n'alterneraient pas et ne substitueraient pas leurs accès chez le même individu, mais il est encore intéressant de noter que ces deux maladies se combinent parfois dans la même famille (Féré, *La famille névropathique, Arch. de neurologie,* mars 1884).

Les maladies générales comme la tuberculose, la scrofule, le rhumatisme, en affaiblissant l'économie, sont des sources d'épilepsie. Toutes les maladies de la nutrition, le diabète, la goutte sont aussi des facteurs importants de cette terrible maladie (Voisin).

Comment interpréter tous ces faits et comment pourrait-on concevoir la pathogénie des crises comitiales, en se basant sur la parenté de l'arthritisme et de l'épilepsie ?

Puisque, cliniquement parlant, la théorie des métastases paraît être évidente chez les arthritiques et que l'ancienne théorie humorale semble revenir aujourd'hui en honneur sous le vocable nouveau de colloïdoclasie, hémoclasie, pourquoi l'épilepsie ne bénéficierait-elle pas

de cette conception qui concorde parfaitement avec les phénomènes courants ?

Ce qui se passe autour de l'articulation d'un goutteux, ou bien dans l'arbre trachéo-bronchique d'un asthmatique, peut se passer dans le cerveau de l'épileptique.

Les produits toxiques (humeurs, toxines, sels, irritant telle partie du corps du goutteux, peuvent irriter aussi les zones épileptogènes.

Il y aurait tout simplement une différence de localisation. Chez les uns ce seraient les articulations, les muqueuses qui seraient touchées et chez les autres (dans l'espèce, les épileptiques), ce serait l'écorce grise.

Mais, dira-t-on, s'il en est ainsi, on devrait trouver du moins chez les vieux épileptiques, au niveau des circonvolutions, des traces semblables à celles que provoque la goutte au niveau des articulations, c'est-à-dire des dépôts uratiques, crétacés, etc... Cela n'est pas nécessaire, les dépôts goutteux étant une forme d'arthritisme, mais ne l'englobant pas tout.

On connaît des variétés d'eczémas et d'herpès appartenant aussi à la famille arthritique, qui apparaissent et disparaissent avec une rapidité étonnante sans laisser de trace apparente.

Pourquoi le même phénomène ne se produirait-il pas au niveau du cerveau de l'épileptique ?

Une fois la décharge obtenue, c'est-à-dire la crise déclanchée et passée, il ne subsiste rien d'apparent, ce serait ainsi une sorte d'herpès cérébral qui déclancherait la crise.

Revenons aux phénomènes métastatiques :

L'arthritique est constamment sous le coup de ces phénomènes ; à des poussées d'eczéma font suite des migraines ou bien des névralgies, des myalgies, des douleurs articulaires et vice versa, les organes se congestionnent et se décongestionnent à tour de rôle, de telle façon qu'il n'est jamais indemne, il est sans cesse sous le coup d'un déplacement d'humeur, ou si l'on veut, pour employer un langage scientifique plus moderne, sous le coup de chocs colloïdoclasiques engendrant des troubles variés.

D'autre part, quand on observe une interruption ou une disparition momentanée de crises épileptiques à la suite d'une affection intercurrente (abcès, infections, grippe, typhoïde, etc...) ou bien comme nous le mentionnons plus haut, à la suite de manifestations arthritiques (telles que rhumatisme, asthme, goutte), on assiste à un phénomène de métastase.

Certes, cette métastase chez l'épileptique n'est pas ordinairement de longue durée, et cela pour le grand dommage de l'intéressé.

Le cerveau habitué à se convulsiver, une fois l'émonctoire tari, reprend son ancienne habitude, mais il n'en est pas moins vrai, qu'il y a eu substitution de troubles fonctionnels.

L'épileptique se comporte donc par ses réactions comme un arthritique et il pourrait être qualifié d'arthritique cérébral.

Nous n'avons pas quitté le domaine des hypothèses, mais au moins ces hypothèses sont-elles rationnelles, et puisque jusqu'ici toutes les données sur l'origine et la nature de l'épilepsie essentielle ont toutes, à tour de rôle, causé des déceptions, pourquoi n'orienterions-nous pas nos efforts vers cette nouvelle voie de la conception humorale de l'épilepsie en rapport étroit avec la diathèse arthritique.

Si l'on s'en rapporte au traitement des neuro-arthritiques et qu'on l'applique aux épileptiques, sans se leurrer sur des médications spécifiques trompeuses que les auteurs lancent tous les jours, le soulagement, sinon la guérison de cette terrible affection, ne peut qu'y gagner.

LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE D'ADOLF MEYER [1]

Par Henri FLOURNOY

Privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève
Associé étranger de la Société Médico-Psychologique de Paris

La doctrine d'Adolf Meyer est inséparable de ses applications pratiques ; son auteur l'a élaborée en se basant sur une expérience de longue durée, acquise par un contact journalier avec les malades. Mais cette doctrine devait trouver dans la suite des possibilités plus complètes de réalisation grâce à M. Henry Phipps. Ce généreux philanthrope, qui était déjà bien connu par ses initiatives en faveur de diverses institutions médicales et sociales, donna à l'Hôpital de l'Université Johns Hopkins les moyens de créer une clinique psychiatrique construite et organisée sous la direction du professeur Meyer, et répondant aux exigences les plus modernes.

Cet établissement, inauguré en 1913, compte une centaine de lits. Il est destiné à recevoir *toutes les variétés de cas,* présentant n'importe quelle espèce de difficultés ou de problèmes relatifs à l'adaptation psychologique de l'individu. Qu'il s'agisse de manifestations morbides violentes et dangereuses, ou légères et dissimulées, elles doivent être

(1) Cet article est extrait d'une publication qui paraîtra dans les *Archives de Psychologie* sous ce titre : « L'enseignement psychiatrique d'Adolf Meyer. » On se préoccupe de plus en plus, dans divers pays, de la question de la prophylaxie mentale et des services ouverts. Ce mouvement a déjà pris en France une extension considérable, grâce aux efforts de MM. Antheaume, Briand, Claude, Colin, Klippel, Toulouse, Truelle et d'autres. Il ne sera pas sans intérêt de connaître, sur ce sujet d'actualité, le point de vue d'un des plus éminents aliénistes des Etats-Unis, qui occupe la chaire de psychiatrie de l'Université Johns Hopkins et dirige la fameuse clinique « Henry Phipps » à Baltimore.

l'objet d'une égale attention en ce qui concerne la recherche scientifique, les efforts thérapeutiques et l'enseignement universitaire. La clinique comprend des divisions pour malades agités, demi-agités, tranquilles ; un certain nombre de chambres privées pour pensionnaires, et une division spéciale pour les cas de psychopathologie qu'on désire ne pas mettre en contact avec les individus atteints de troubles mentaux manifestes. Trois laboratoires (médecine interne, neuro-anatomie, psychologie) font partie de l'établissement, ainsi que les salles de gymnastique, hydrothérapie, travaux manuels, jeux, salles de cours, de projections, et bibliothèque. Le personnel médical se compose d'une dizaine de médecins et, lorsque les circonstances le permettent, de trois chefs de laboratoire spécialisés dans les recherches techniques correspondantes. En principe, chaque malade est gardé pour examen pendant quelques jours, ou le temps nécessaire afin d'établir la ligne de conduite à suivre à son égard. La question essentielle n'est pas uniquement de préciser la nature des troubles dont il souffre, mais de rechercher quel est le milieu ambiant le plus propice à son rétablissement, d'établir le *niveau* auquel il aura le plus de chances de se réadapter. Après une observation clinique d'une durée relativement courte, il apparaît qu'un bon nombre de cas peuvent continuer à être traités à domicile, au fur et à mesure qu'ils reprennent leur travail ; il leur faut des indications compétentes en matière d'hygiène et de rééducation mentales, des conseils sur la manière d'utiliser leurs moments de loisirs. Quelques-uns doivent être évacués dans d'autres établissements : asiles, colonies agricoles, etc. On choisit parmi tous ces cas, afin de les garder pendant de longues périodes, ceux qui promettent le plus aux points de vue scientifique, thérapeutique, ou didactique.

Une clinique de ce genre (1) ne fait pas double emploi avec les asiles d'aliénés. C'est un établissement à l'égard duquel le public n'entretient pas certains préjugés traditionnels (et parfois officiels), dont tant de directeurs d'asiles ont lieu de se plaindre : le travail qui s'y accomplit contribue à rapprocher la psychiatrie des autres branches de la médecine. Sa situation en

(1) Il en existe deux autres aux Etats-Unis : celle de l'Université de Michigan, à Ann Arbor (la première en date), et le *Psychopathic Hospital*, à Boston. Ce dernier hôpital est dirigé, depuis 1920, par le Dr Macfie Campbell, qui est en même temps professeur de psychiatrie à l'Université Harvard.

plein centre de la ville, sa proximité immédiate des diverses cliniques qui forment un hôpital universitaire dont la réputation est très grande (cliniques médicale, chirurgicale, gynécologique, infantile, etc.), lui ôtent le caractère d'étrangeté et de malaise qui s'attache, dans l'esprit des profanes, à l'idée d'un asile. Le peuple commence à se rendre compte — et c'est ce que Meyer veut lui inculquer de plus en plus — que les troubles de l'esprit, *quelles que soient leur intensité, leur légèreté ou leur nature,* peuvent être l'objet de connaissances scientifiques et de soins éclairés au même titre que les désordres d'une fonction quelconque de l'organisme. C'est la clinique psychiatrique (elle s'appelle franchement ainsi) qui est appropriée à l'étude et au traitement de ces états maladifs. Elle constitue une unité indépendante, mais elle est mise exactement sur le même pied, voire sur le même emplacement que les autres cliniques.

Il faut que la famille du malade et le malade lui-même, lorsqu'il a conscience de son état, sachent qu'il y a tout avantage à s'adresser aux milieux compétents *le plus tôt possible.* Cette démarche ne doit impliquer pour eux ni danger ni honte. Et si l'on veut que le public recourre sans trop de peine aux soins véritablement psychiatriques dont il peut avoir besoin, il faut d'abord le dispenser de formalités désagréables. Meyer cite, à cet égard, l'usage de la « déclaration d'aliénation mentale » en bonne et due forme, exigée parfois avant d'être accepté dans les institutions pour le traitement des psychoses. Cet usage a un double effet désastreux : aux cas légers qui pourraient avoir des velléités de se faire admettre il barre la route à la manière d'un épouvantail ; et ceux qui entrent de force, il les stigmatise toujours plus ou moins, comme s'ils étaient atteints d'une tare. Or les efforts du psychiatre devraient justement se porter sur les cas encore légers, sur ces états psychopathologiques préliminaires et insidieux, antérieurs à l'accès aigu qui marque le début apparent de la psychose. C'est pourquoi il importe que la clinique soit largement ouverte ; son apparence, sa situation, doivent contribuer à en faciliter l'accès. En fait, la plupart des malades traités dans cette section psychiatrique de l'Hôpital Johns

Hopkins y viennent de leur plein gré. Plusieurs d'entre eux souffrent de ces nombreuses formes de prétendue « névropathie » qui occupent sans cesse le praticien, mais qui se prêtent mal à un enseignement clinique approprié ; car si ces malades appartiennent bien au domaine de la psychiatrie, ils s'adressent rarement aux psychiatres de profession.

La présence dans le même bâtiment d'individus atteints de psychoses manifestes (ou, pour employer l'expression populaire, de fous notoires et véritables) ne jette pas de discrédit sur l'établissement (1). Car ces cas n'y constituent pas la majorité, pas plus que dans le pourcentage général des innombrables troubles psychopathiques présentés par une population quelconque. Ce sont ces individus profondément atteints, et peut-être voués à une incapacité sociale absolue et définitive, qui bénéficient d'être admis et traités sous le même toit que la masse des malades pratiquement curables. Le public réalise qu'il n'y a aucune espèce d'affection mentale, si grave ou si effrayante soit-elle, qui ne puisse recevoir à l'hôpital les soins appropriés ; aucune personne dont les troubles seront jugés d'emblée comme des tares la rendant bonne à être mise à l'écart et enfermée. La clinique est organisée pour pouvoir garder les malades les plus pénibles et les plus difficiles, même si leur état aigu se prolonge pendant des mois. Ce simple fait réhabilite l'aliéné aux yeux du public, et la science psychiatrique du même coup. Le transfert éventuel dans un asile devient une question d'opportunité pratique ; il n'apparaît pas comme l'exécution pure et simple d'un « verdict médical ». C'est là une nuance qui n'est pas négligeable, car elle diminue les raisons de se méfier de l'aliéniste ; celui-ci est un médecin comme un autre, dont l'ambition est d'améliorer l'état de ceux qu'il soigne, bien que sa science et ses moyens se montrent insuffisants dans un certain nombre de cas.

(1) Pour que les malades des différentes catégories ne se gênent pas les uns les autres, la clinique a été construite d'une manière remarquable au point de vue architectural, vu le peu de place qu'elle occupe.

Si les formalités d'admission sont faciles et élastiques, elles permettent au psychiatre d'observer les personnes dont l'état morbide est encore à un stade léger ou initial; ceci augmente les possibilités d'action. Pour le même motif il convient que la clinique soit aménagée d'une manière attrayante, afin d'y rendre le séjour acceptable. Les malades dont il s'agit sont des désadaptés ; ils présentent tous ces types de réactions nuisibles qui les ont empêchés de s'ajuster à leur entourage habituel : méfiance, orgueil, euphorie excessive, recherche de la solitude, détresse, etc. Ces mêmes réactions vont maintenant gêner les chances de trouver, dans l'ambiance de la clinique, l'aide indispensable. Aussi faut-il atténuer ici, bien plus encore que pour les personnes atteintes de maladies corporelles, les résistances et les difficultés que la plupart des sujets éprouvent du fait de leur arrivée dans un milieu qui leur est étranger. La transplantation seule impose, à ces désadaptés, des efforts d'adaptation nouveaux ; elle commence par mettre à l'épreuve la fonction qui est déjà la plus altérée. Cette fâcheuse circonstance est inévitable ; mais on peut en amoindrir les effets en fournissant au malade un confort relativement grand, par rapport à celui que doivent offrir des dortoirs de médecine ou de chirurgie. Le séjour à l'hôpital n'implique en lui-même, pour une personne dont le bras est endolori, aucun accroissement de ses souffrances ; elle trouve au contraire le maximum de bien-être et de détente exigés par son état morbide, et c'est au chirurgien d'ordonner la dose nécessaire de mouvements douloureux. De même, c'est à l'aliéniste qu'il appartient de pousser son malade, s'il y a lieu, aux efforts de travail et d'adaptation sociale qui éviteront l'ankylose ; mais ses conseils seraient mieux acceptés si l'ambiance nouvelle n'était pas déjà, par elle-même, une source d'obstacles et de vexations pour les sujets sensibles.

Afin d'obtenir les meilleurs résultats dans cette « orthopédie mentale » il faut qu'il s'établisse, dans la mesure du possible, une *coopération* franche et spontanée entre le malade et le psychiatre. Tous les aliénistes savent combien cette coopération est parfois difficile à

obtenir ; dans bien des cas, le malade, déjà irrité ou humilié de se sentir dans une « maison de fous », résiste malgré lui, d'autant plus qu'il ne reçoit pas toujours la dose extrême de prévenances et de douceur réclamées par son état morbide — dose qui serait naturellement excessive à l'égard de tout homme sain. Ne reste-t-il pas souvent, dans la mémoire de ceux qui ont passé par l'asile, une rancune dont l'effet n'est salutaire ni pour eux ni pour leur entourage ? Et s'il n'est pas possible de leur épargner cette cause ultérieure de tourment (dont ils rendent d'ailleurs l'aliéniste plus ou moins responsable), ne vaut-il pas la peine de la diminuer par tous les moyens disponibles ? Il est rare qu'une clinique psychiatrique populaire, comme celle de l'Hôpital Johns Hopkins, soit montée avec autant de soin, non seulement dans ses laboratoires scientifiques, mais encore en ce qui touche au *bien-être des malades*. Le séjour qu'ils y font, dans des locaux très simples mais confortables, ne doit surtout pas leur laisser le souvenir d'une sinistre aventure. On ne saurait reprocher à cette condition essentielle la part de dépenses qu'elle nécessite ; la société n'a sans doute pas encore fait, en faveur des individus atteints de psychoses, les sacrifices qu'elle s'est imposés pour ceux qui souffrent d'autres troubles.

⁂

Lorsqu'un malade est admis, il est l'objet de tous les examens physiques et mentaux habituels. Mais quel que soit le diagnostic que le médecin croie pouvoir porter après ces premières constatations, sa tâche principale, essentiellement psychiatrique, réside ailleurs. Elle consiste surtout à reconstituer le cours de la vie du malade (*life-record*), et à formuler le développement de l'état morbide en termes de « situations » et de « réactions ». C'est la connaissance des faits de cet ordre, parfaitement positifs comme cela a été signalé dans un précédent chapitre, qui permet au médecin de saisir le mécanisme d'une foule de troubles accusés par le psychopathe, et d'éclairer celui-ci à leur sujet. S'il s'agit d'un cas relativement léger, et que le malade reste peu

de temps à la clinique, il la quitte avec le sentiment que quelque chose a été mis au net. Sa compréhension de lui-même (*insight*) se trouve accrue, ainsi que son estime pour l'aliéniste qui n'a pas craint de consacrer son temps et sa peine à envisager toute la situation avec lui. Il remporte de son séjour une aide effective. Ce premier pas a une importance capitale, non pas pour modifier « la maladie » (l'entité mystérieuse dont le spectre dessèche les efforts du théoricien !), mais pour créer cette atmosphère de *coopération confiante* avec « le malade », et préparer ainsi, au lieu de la saper d'avance, la base de tout essai de réadaptation future. « Les deux grandes fautes du médecin à l'égard du psychopathe, dit Meyer, peuvent être de le renvoyer avec ces mots : « Vous n'avez rien » (en risquant de lui insinuer qu'il ferait mieux d'aller à la Science Chrétienne ou à quelque guérisseur universel) — ou de lui dire : « Ce que je trouve est assez pour expliquer tous vos symptômes nerveux. » Ces deux affirmations sommaires ont pour effet, l'une et l'autre, de faire négliger l'examen des réactions psychopathologiques, et du milieu particulier propre à l'individu (*situational status*). Une étude attentive de ces circonstances ambiantes permettra de donner une réponse plus utile au malade, et rendra justice aussi, en définitive, à la capacité du médecin. » (1).

Quant aux cas gardés pendant longtemps dans la clinique, les moyens mis en œuvre afin d'améliorer leur état varient pour chacun d'eux. A côté des méthodes utilisées dans d'autres branches de la médecine et sur le détail desquelles il n'y a pas lieu d'insister ici (alitement, régimes, hydrothérapie, physicothérapie, traitements médicamenteux, opothérapiques, spécifiques, etc.), une grande importance est attachée à l'*utilisation thérapeutique du travail.*

(1) Ad. MEYER. — The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. *Contrib. to Med. and Biol. Research*, dedicated to Sir William Osler, 1919, p. 1128.

Le principe est qu'il subsiste, chez toute personne atteinte de troubles mentaux, un certain *niveau de capacités* qui peuvent être mises à profit. Il faut que le psychiatre s'ingénie à trouver des occupations correspondant à ce niveau, et permette ainsi au malade de déployer encore, sous une forme quelconque, une activité qui lui soit salutaire. S'il est nuisible d'exiger de lui plus qu'il ne peut fournir, il est tout aussi grave de le laisser croupir dans ses fantaisies : « Il y aurait beaucoup plus de bonheur et de succès véritable dans l'hygiène mentale, si les gens se rendaient mieux compte, qu'à chaque pas, chaque personne peut faire *quelque chose* bien et retirer une satisfaction en la faisant, et réaliser que cette satisfaction en une chose *accomplie* a dix fois plus de valeur que celle qui résulte de simples pensées et imaginations, même supérieures. » (1). On remarquera que Meyer s'inspire ici des principes qui animent les éducateurs modernes, dont les efforts constituent, du reste, le meilleur appui que puisse recevoir la prophylaxie mentale. Voici ce qu'il dit à ce propos : « Lorsque le fait d'accomplir quelque chose devient moins attrayant que celui de connaître en théorie, cela ouvre à l'élève la voie de la déception, sinon de l'échec. » Et après avoir insisté sur l'urgence de fournir, surtout aux enfants anormaux, des occupations pratiques et tangibles, il ajoute : « Je ne vois pas pourquoi le succès des efforts dirigés vers cet objet ne paraîtrait pas plus glorieux, ou en tout cas aussi glorieux, que l'élaboration de quelque nouveau plan destiné à bourrer le crâne de l'élève avec le contenu d'un programme conventionnel. » (2).

Meyer estime que ces principes, dont l'utilité est reconnue en pédagogie, ont un champ l'application très vaste non seulement dans la rééducation des psychopathes, mais dans le traitement des individus atteints de psychoses au sens le plus strict. L'influence favorable de toute activité positive se comprend d'autant mieux, lorsqu'on tient compte de la nature principalement fonctionnelle des troubles menteaux. Dans un petit article très suggestif intitulé : « *La philosophie de la thérapeutique par le travail* », où Meyer rappelle ce qui a été fait dans les établissements européens à cet égard, nous lisons des phrases significatives comme celles-ci : « C'est l'*emploi* que nous faisons de nous-mêmes qui

(1) Ad. Meyer. — What do histories of cases of insanity teach us concerning preventive mental hygiene during the years of school life. *Psychological Clinic*, 1908, II, p. 98.

(2) *Ibid.*, p. 101.

imprime sa marque ultime à tout notre organisme. » ...« C'est devenu une belle tâche pour notre ingéniosité d'*obtenir* un accomplissement d'actes là où il n'était pas arrivé à se produire *spontanément*, et d'aider ainsi l'organisme dans son rôle de se maintenir lui-même en bonne forme. » ...« Le facteur de progrès le plus important réside sans doute dans les conceptions nouvelles, d'après lesquelles il faut voir dans les états mentaux des problèmes d'adaptation biologique (*problems of living*) et pas uniquement des maladies structurales ou toxiques, d'une part, ou des maladies qui révèlent, d'autre part, un désordre constitutionnel définitif. Le fait de formuler ces états morbides en termes de « détérioration des habitudes » — même lorsqu'il s'agit de ces troubles mentaux graves qui posent le sérieux problème de la démence terminale — exige, comme une obligation et une nécessité, qu'on éveille systématiquement l'intérêt du malade, et qu'on se préoccupe de lui faire utiliser d'une manière effective son temps et son travail. » (1). Notons que cette conception *dynamique* est en même temps *énergétique*. Il arrive à Meyer de comparer l'être humain à un transformateur d'énergie, dont le bon fonctionnement est une des conditions essentielles au maintien de son équilibre : l'accomplissement d'actes sains, même minimes, constitue un des meilleurs régulateurs de l'économie mentale — un des facteurs les plus puissants pour maintenir ou rétablir une heureuse harmonie entre pensées, tendances, imaginations, sentiments.

Le psychiatre ne doit pas tant prescrire au malade une occupation précise, mais lui fournir des occasions, lui suggérer des possibilités variées. La notion de contrainte doit s'effacer autant que possible et faire place à celle d'une coopération librement consentie. C'est pourquoi il est bon que le travail soit rémunéré d'une façon ou d'une autre, ou qu'il soit, du moins, combiné de manière à donner sans trop de peine ce sentiment de satisfaction intime qui provient de la « chose accomplie ». Les métiers manuels tranquilles, répondant à tous les degrés de routine automatique, de dextérité ou de réflexion, sont à préconiser : triage de grains, cartonnage, tissage, reliure, copies, traductions etc. Ils servent non seulement à dériver les tendances à l'agitation motrice, mais permettent encore au malade de voir et de toucher le résultat concret de ses efforts. Tout objet

(1) Ad. MEYER. — The philosophy of occupation therapy. *Archives of Occupational Therapy*, I, p. 4, 5 et 6.

manufacturé joue, pour celui qui l'a fait, le rôle d'un stimulant naturel infiniment plus précieux que les exhortations ou les remontrances d'autrui. La clinique psychiatrique doit disposer aussi des moyens nécessaires pour mêler le plaisir au travail, fournir des jeux collectifs et individuels, des récréations sportives ou artistiques qui délassent les esprits les plus absorbés, et finissent par tenter parfois les plus récalcitrants.

Une entreprise de ce genre, dont l'organisation est peut-être plus complexe que celle d'un hôpital général, implique une collaboration continue entre les médecins et le *personnel subalterne*. C'est surtout l'attitude des infirmiers et infirmières, constamment présents dans les salles, qui peut créer cette ambiance confiante et familiale réclamée par l'état des malades. La surveillance et l'autorité semblent d'autant meilleures qu'elles sont exercées par des gardes-malades du sexe féminin, même dans les divisions d'hommes. Afin de s'assurer un appui sérieux et efficace de la part du personnel infirmier, il peut être bon de l'orienter, avec prudence, sur les difficultés spéciales et les problèmes psychologiques relatifs aux cas avec lesquels il a affaire. Au lieu de se croire entouré de créatures « dont le cerveau est détraqué par la folie », il faut que le personnel sente tout l'intérêt qui s'attache à une observation consciencieuse et véritablement humaine des réactions des malades — ces réactions si bizarres à première vue, si déplacées et souvent exaspérantes. Grâce à l'emploi de formulaires spéciaux sur lesquels il doit noter lui-même, chaque jour, les réactions et attitudes particulières des patients confiés à sa garde (gémit, chante, menace, se salit, travaille, observe, rêvasse, s'isole, etc.), il est possible de faire collaborer l'infirmier, dans la limite de ses capacités, au travail médical proprement dit. La série des formulaires ainsi obtenus résume dans beaucoup de cas, sous une forme graphique très simple et très complète, l'allure de l'état morbide avec ses variations quotidiennes individuelles (accès maniaques, épisodes délirants, etc.). Ce sont des *feuilles de comportement* (*behavior chart*) qui ne sont nullement dépourvues d'intérêt ; leur présence

est aussi indiquée parmi les dossiers scientifiques d'une institution pour l'étude des psychoses, que celle des feuilles de température dans les cliniques médicales modernes.

Les *méthodes psychothérapiques spéciales* font partie aussi des moyens d'action dont dispose le psychiatre. Mais elles ne doivent être employées qu'en connaissance de cause et avec tact. Il est arrivé que les choses en sont venues une fois à un point inadmissible signalé par Meyer ; la candidature d'un médecin à une place d'hôpital ne fut admise qu'à cette condition, imposée par le conseil administratif, qu'il n'utiliserait ni l'hypnose, ni la psychanalyse ! En ce qui concerne la psychanalyse, Meyer a été l'un des premiers à en reconnaître la valeur pour l'étude des maladies mentales. Il recourt lui-même à des notions freudiennes, comme celles du refoulement et de la réalisation du désir (« Wunscherfüllung »). Son interprétation dynamique repose sur toute une catégorie de faits dont plusieurs ont été mis en évidence par Jung, d'une manière concrète et détaillée, dans ses travaux sur la démence précoce. Meyer recommande à ceux qui pratiquent la méthode de Freud d'être prudents dans l'emploi de certains termes à significations multiples qui peuvent prêter à confusion (comme « *Uebertragung* », *transfert*). En 1911, il fut l'un des fondateurs, et membre du Conseil, de l'Association Psychanalytique Américaine. A cette époque, l'appréciation favorable d'un homme de science occupant une position officielle avait une valeur particulière ; car, d'une part la psychanalyse était déjà tombée aux mains de nombreux amateurs qui se croyaient permis, pour avoir lu plus ou moins attentivement un ou deux ouvrages de Freud, d'émettre des opinions personnelles aussi catégoriques que peu compétentes. D'autre part la nouvelle méthode était encore victime de l'ignorance farouche de certains milieux médicaux, dont les seules réactions à son égard étaient d'en ricaner ou de la frapper d'interdit ! Néanmoins Meyer n'a pas estimé pouvoir suivre le mouvement psychanalytique dans tous ses développements ultérieurs, dont plusieurs lui paraissent heurter le sens commun ou être en tous cas exagérés.

D'une façon générale, l'aliéniste doit mettre en œuvre, selon ses talents personnels et sans se laisser dominer par des idées préconçues, les moyens hygiéniques, physiques ou psychologiques, propres à amener une amélioration. Le vieux préjugé de la fatalité morbide, avec l'inertie médicale qui en résulte, est encore trop répandu dans les

milieux psychiatriques. Sans être optimiste, et sans nier qu'un certain nombre d'états paraissent incurables, il ne faut pourtant pas perdre de vue que c'est *le malade* qui doit être traité et non *la maladie*. Cette dernière, isolée arbitrairement, n'offre souvent aucune prise. Mais un examen approfondi de toute la situation complexe touchant l'individu dont il s'agit, telle qu'elle se présente dans la réalité concrète, permet souvent de découvrir des *points d'attaque*, selon l'expression de Meyer, des voies par lequelles il est possible de modifier la suite des événements avec une répercussion favorable pour le malade lui-même aussi bien que pour son entourage. N'est-ce pas le rôle du psychiatre de procéder à cette recherche patiente et détaillée, exigeant parfois une dose de perspicacité et d'impartialité qu'il est seul à pouvoir fournir ? Cela n'est pas « guérir », sans doute... Mais la tâche du thérapeute ne consiste-t-elle pas surtout à aider, lorsqu'il en est capable, l'évolution naturelle à prendre une direction meilleure ?

Et cette *coopération* (exclue dans quelques cas aigus ou profondément atteints) que Meyer cherche à obtenir entre médecin et malade, ainsi que l'*ambiance* créée à ce dernier, peuvent-elles vraiment avoir une « influence » salutaire, quels que soient du reste les autres procédés de traitement mis en œuvre ? Ce serait bien difficile à admettre si l'on voulait se confiner d'une manière trop étroite dans la notion des entités morbides à marche définie. Mais lorsqu'il s'agit de psychoses, les processus pathologiques dépendent de la personnalité entière du sujet, ils sont inconcevables sans elle ; or cette personnalité n'est pas forcément soustraite, du fait de son état morbide, aux « influences » psychologiques parfaitement naturelles, inhérentes aux relations entre êtres humains.

On voit que l'attitude de Meyer est très large et compréhensive ; elle lui permet de toujours garder en vue l'objectif médical par excellence, de se maintenir toujours sur le *terrain thérapeutique*. A son avis, il ne doit jamais résulter un pessimisme paralysant des vérités traditionnelles qui semblent les mieux établies. Même la terminaison uniformément fatale de la paralysie générale, dit-il, n'est plus une chose aussi certaine à la lumière des expériences actuelles, suivant que l'on applique ou non un traitement intensif. Il est bon que le médecin observe toujours davantage une prudente

réserve dans son affirmation des pronostics. Une autre idée courante, sur un sujet de psychiatrie pure, c'est celle de l'incurabilité absolue de la paranoïa. Meyer est loin de traiter cette question comme s'il s'agissait d'un dogme intangible ; on peut s'en convaincre en lisant l'important article qu'il a consacré, dans l'ouvrage classique de White et Jelliffe, au traitement des états paranoïaques et paranoïdes (1).

⁂

A la clinique psychiatrique est rattaché le dispensaire ou département des consultations policliniques, dont Meyer confia la direction au Pr Macfie Campbell. Le travail qui s'y accomplit est facilité, et sa portée augmentée, grâce à l'organisation d'un *service social* qui se charge des enquêtes à domicile. Meyer a toujours reconnu l'utilité de ces institutions qui s'efforcent de secourir les anciens malades sortis d'asiles (Sociétés de Patronage). Mais à la notion encore dominante d'une assistance matérielle et charitable destinée aux classes pauvres, il pense qu'il faudra substituer de plus en plus celle d'une aide scientifique et médicale, si nécessaire à

(1) Ad. Meyer. — The treatment of paranoic and paranoid states. In White and Jelliffe : *The modern Treatment of Nervous and Mental Diseases*, 1913, I, p. 614-661. — J'ai eu moi-même l'occasion de traiter systématiquement pendant plusieurs mois, à la clinique de Meyer, un persécuté-persécuteur très instruit et désireux de mettre au clair la situation dramatique dont il se croyait victime. Sa bonne volonté, son zèle, et la confiance qu'il m'a toujours témoignée, ont facilité le traitement et joué un rôle indéniable, me semble-t-il, dans l'évolution très favorable de son cas. Mais *il m'a été impossible de modifier aucune de ses idées délirantes*. Cet échec absolu de la « guérison médicale » m'a convaincu de l'extrême difficulté d'une entreprise de ce genre — mais point de son inutilité. Je me garderais surtout d'en conclure que les résultats plus heureux, relatés consciencieusement par d'autres auteurs, ne doivent pas être pris en considération ! En outre, s'il est bon de distinguer entre la « guérison sociale » et la « guérison médicale », il ne faut pas perdre de vue que c'est la première qui importe *en pratique*. C'est pour n'avoir pas assez insisté sur ce point, que les aliénistes ont parfois contribué à répandre l'idée que la psychiatrie était une science dépourvue de ressources thérapeutiques — et à infliger aux personnes atteintes de troubles mentaux la réputation, *injuste et injustifiée*, d'être des créatures tarées pour le reste de leur existence.

toutes les personnes convalescentes et à leurs familles. Les principes les plus élémentaires de l'hygiène mentale sont, à son avis, aussi méconnus dans la *Fifth Avenue* de New-York que dans les quartiers les plus misérables. En outre il s'agirait de procéder à des investigations dans un but préventif, de chercher à découvrir les causes pathogènes souvent modifiables qui tiennent au milieu particulier d'où sort le malade. L'aliéniste doit être secondé par des collaborateurs perspicaces recevant à la policlinique les notions techniques voulues. Ils constituent, avec le personnel infirmier, des auxiliaires profanes indispensables. « Je ne puis affirmer avec trop d'insistance, déclare Meyer non sans malice, qu'une bonne partie de notre activité médicale, si elle ne s'accompagnait pas d'un travail social compétent, me paraîtrait une besogne incoordonnée et inefficace de savetier — une simple œuvre de rapiéçage. » (1).

C'est surtout par l'étude des conditions faites à l'enfance aux points de vue éducatif, hygiénique et moral, que le service social peut rendre les plus grands services prophylactiques : soit en obtenant de la part de l'entourage certains changements d'attitude parfois minimes, mais capables d'avoir à la longue une répercussion sur la santé mentale de l'enfant — soit en dépistant, dans les familles suspectes, des individus dont l'état morbide est à un stade encore assez précoce pour augmenter les chances d'une action médicale. Le service social récolte aussi à domicile des données relatives à l'hérédité et aux facteurs sociologiques, données particulièrement intéressantes dans une population composée de races très diverses.

La question de l'hérédité est envisagée par Meyer surtout du côté pratique. On sait que des tentatives ont été faites aux Etats-Unis pour introduire des dispositions légales contre le mariage des personnes suspectes au point de vue mental (interdiction, stérilisation, etc.) Meyer estime qu'il faut être très prudent dans un problème aussi complexe, si l'on veut rendre justice à la

(1) Ad. Meyer. — Historical sketch and outlook of psychiatric and social work. *Hospital social service*, 1922, V, p. 224.

fois aux droits de l'individu et à ceux de la race. D'ailleurs l'intérêt de la communauté est de répandre des habitudes et des principes sains, plutôt que des articles de lois d'une application fort délicate. La question n'est pas toujours aussi facile que lorsqu'il s'agit simplement d'arriérés. En pratique, Meyer observe l'attitude générale suivante à l'égard des personnes suspectes (c'est-à-dire ayant souffert elles-mêmes de quelque trouble mental ou appartenant à une famille dans laquelle il s'en est produit) : il estime qu'elles peuvent raisonnablement envisager l'idée de fonder une famille si elles se sentent capables, en toute conscience, de créer un milieu salutaire et de fournir une éducation satisfaisante à quatre enfants — surtout si leur conjoint est exempt de toute tare. S'il survenait quelque hérédité fâcheuse dans la progéniture, il est très probable que des frères et sœurs en bonne santé seraient en mesure d'assurer la protection et les soins de l'enfant malade. Il n'y a donc pas lieu de supprimer les chances d'une descendance, à moins que le couple ne soit doublement taré et les parents incapables de créer un foyer. Ces conditions excluent le mariage des imbéciles, d'un bon nombre de psychopathes, d'épileptiques. « Dans son degré actuel de développement, l'eugénique n'a pas le droit d'essayer d'imposer un système négatif plus fort que celui-ci. Si elle le fait, elle court le risque de priver la race d'individus qui pourraient lui être utiles. Je ne voudrais sûrement pas voir manquer, en ce monde, quelques-uns des frères et sœurs de certains de mes malades, ni même un bon nombre de ces malades eux-mêmes. » (1). Pour accomplir une tâche eugénique sérieuse, la communauté doit chercher avant tout, plutôt que d'appliquer des lois restrictives, à faciliter la vie de famille dans toutes les classes par des garanties de sécurité économique : assurances-maladies, dispensaires, écoles spéciales, directions sur l'organisation domestique, sur le choix des professions, etc.

(1) Ad. MEYER. — The right to marry. What can a democratic civilization do about heredity and child welfare ? *Survey*, 1916, XXXVI, p. 243 et *Mental Hygiene*, 1919, III, p. 48-58.

En ce qui concerne les troubles mentaux d'origine héréditaire, la médecine psychiatrique ne peut donc arriver à aucune solution utile sans toucher au problème social. Il en est de même pour deux autres fléaux, ceux des psychoses en relation avec la syphilis ou avec l'alcool. Il ne faut pas que les aliénistes s'estiment satisfaits au point de vue scientifique lorsqu'ils ont pu assigner avec certitude, dans un cas donné, l'un ou l'autre de ces deux facteurs ; leur travail consiste bien à remonter plus haut, à démêler les *causes psychologiques*, personnelles et collectives, qui ont rendu possibles l'infection ou l'intoxication. En fait de prophylaxie, les spécialistes doivent, de nouveau ici, assumer un rôle social: c'est par l'éducation des individus et des masses, par une véritable « orthopédie mentale » qu'ils pourront mener la lutte hygiénique contre les deux fléaux. Les conseils théoriques ne font rien à l'affaire, mais bel et bien l'influence exercée par le milieu ambiant, par l'*atmosphère de la communauté*, comme le prouvent entre autres les statistiques raciales (1).

En ce qui concerne la syphilis, le problème de la prévention de la maladie reste toujours au premier plan, quel que soit l'optimisme que justifie l'efficacité actuelle des traitements spécifiques. Une partie du mal vient de ce que certains milieux ne sont pas assez éclairés sur les questions d'hygiène sexuelle et sur les dangers de la prostitution. Les mesures qui auraient pour résultat de sanctionner publiquement le vice commercialisé doivent être exclues ; car elles font aux yeux des jeunes, sous le fallacieux prétexte d'un contrôle hygiénique, une réclame

(1) A ce propos, les observations faites par Meyer sur les malades de l'état de Massachusets et par son collaborateur le Dr Kirby sur ceux de New-York, sont très instructives. Kirby donne les chiffres suivants : dans une population irlandaise, le 27 pour cent des admissions ont des psychoses nettement alcooliques. Cette proportion s'élève à peine à 1 pour cent chez les Israélites ; ces derniers fournissent par contre un énorme contingent de psychoses fonctionnelles. La paralysie générale est plus rare chez les Irlandais (7 pour cent) que chez les représentants d'autres nationalités de race blanche. Chez les nègres elle atteint le 29 pour cent de la totalité des admissions. (Ad. Meyer. — The problem of the state in the care of the insane. *American Journal of Insanity*, 1909, LXV, p. 689-705).

permanente et officielle à la prétendue nécessité du vice. Comme, d'autre part, les exhortations n'ont pas d'effet dans ce domaine, Meyer remarque que « plus que toute autre chose, une attitude plus sérieuse de notre population mâle adulte sera nécessaire pour amener une réforme ».

Quant à l'alcoolisme, Meyer insistait sur l'urgence d'organiser des sociétés d'abstinence totale, ayant pour but de fournir des compensations sociales aux convalescents désireux de ne pas retomber dans leurs vieilles habitudes. Sans le stimulant salutaire qu'il peut trouver dans un milieu nouveau, formé par des personnes guéries vivant d'une vie normale et sobre, il est rare que l'individu prédisposé résiste longtemps à l'attrait de l'alcool et des compagnies malsaines. D'après Meyer et d'autres aliénistes, on est bien obligé de reconnaître que l'entrée en vigueur de la loi de prohibition — si discutée à tant d'égards à cause de son caractère draconien — a déjà eu aux Etats-Unis une répercussion nettement favorable au point de vue de l'hygiène mentale.

Les cliniques psychiatriques sont des centres d'observation médicale et d'enseignement. Meyer voudrait qu'elles étendent de plus en plus leur sphère d'activité, en devenant si possible des centres d'études sociales. En fait, l'aliéniste est particulièrement bien placé pour se faire une opinion fondée, sur une quantité de questions d'intérêt général. En dehors du domaine médical proprement dit, il a à se prononcer sur des sujets d'hygiène publique, d'enseignement scolaire, de rééducation, de jurisprudence, de criminalité, d'orientation professionnelle..., de brouilles de famille, et même de responsabilité morale ! C'est que sa spécialité ne constitue pas, comme on se l'imagine parfois, l'un des recoins les plus obscurs et les plus excentriques du champ de la médecine. Elle est au contraire celle qui présente les points de contact les plus nombreux avec certains problèmes fondamentaux dont toutes les collectivités se préoccupent, celle aussi qui a pour but de remédier aux difficultés individuelles si fréquentes, relatives à des situatons psychologiques. Le psychiatre permet aux profanes de mieux comprendre son rôle (et son autorité s'en

trouve accrue) s'il insiste sur ce côté social de la question, s'il sait montrer que sa spécialité dépasse de toutes parts les limites arbitraires de l'« aliénation mentale » (1).

C'est pour les mêmes raisons qu'un dispensaire, comme celui de la Clinique psychiatrique de l'Hôpital Johns Hopkins, ne saurait avoir pour but d'attirer *tous* les cas aigus que peut offrir une grosse ville comme Baltimore. Les quelques médecins de l'établissement se trouveraient ainsi dans la nécessité de formuler sans cesse une opinion sur de nombreux malades nouveaux ; ils finiraient par négliger, malgré eux, l'investigation minutieuse des circonstances psychologiques et sociales et par retomber dans l'art des diagnostics rapides — art dépourvu de valeur en psychiatrie. Pour Meyer, l'idéal serait au contraire de créer des *policliniques de district* largement ouvertes. Les psychiatres attachés à ces institutions auraient l'occasion d'étudier d'une façon approfondie toutes les variétés de troubles mentaux, accentués ou légers, apparus dans un quartier défini. Il leur serait pratiquement possible de procéder aux enquêtes sociales dans les familles, de découvrir des états morbides encore très frustes, des situations défectueuses méconnues, et de se tenir en rapport constant avec les organisations locales d'assistance, les écoles, les tribunaux. Leur activité, au lieu de se disperser sur une foule de cas vus à la hâte, perdrait en étendue mais gagnerait en profondeur et en efficacité. Le psychiatre le plus compétent et le plus actif ne peut se consacrer avec des résultats utiles qu'à un nombre restreint de malades... *non multa, sed multum.*

(1) Meyer est l'un des premiers psychiatres qui ont participé d'une manière effective aux travaux du *National Committee for Mental Hygiene*, cette importante association créée en 1909 sur l'initiative d'un particulier, M. Clifford Beers. On sait que M. Beers, qui s'est voué à la cause de l'hygiène mentale à la suite de souffrances personnelles, a publié une intéressante auto-biographie. (Sur le *National Committee*, voir la communication présentée par son président, le Dr Lewellys Barker, au XVe Congrès international d'Hygiène et de Démographie. Washington, 1912).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 22 FÉVRIER 1926

Présidence : M. SOLLIER, Président

Mme Minkowska, MM. Minkowski, Robin, Demay, Beaudouin, Dabout, membres correspondants, assistent à la séance.

M. Henri Colin, secrétaire-général, souffrant, s'est fait excuser.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 26 janvier 1926.

A propos du mariage des malades internés
Un cas d'espèce

Par le Dr H. BEAUDOUIN

Le mariage d'un malade placé en vertu des dispositions légales de 1838 ne peut manquer, on le conçoit, de soulever de multiples questions d'ordre médical, administratif et juridique. Je voudrais exposer ici celles qui se sont présentées à propos d'un cas particulier, survenu récemment dans mon service. Quant au rôle médical qui m'y revint, je me suis inspiré de ces principes : tenir compte au mieux des intérêts du malade, apprécier aussi soigneusement que possible son état mental par rapport à l'acte à accomplir, éviter toute intervention qui pût apparaître comme irrégulière ou sujette à contestation.

Après un rappel doctrinal et historique de la question, je rapporterai, suivant l'ordre évolutif, les divers éléments du cas observé, avant de terminer

par quelques considérations théoriques qu'il peut suggérer.

⁂

Je me serais abstenu de discuter un principe, celui de la possibilité du mariage du malade interné, si cette possibilité même n'avait pu être récemment mise en doute. M. Orelli écrit, en effet, à ce sujet :

« Il n'y a pas lieu de se préoccuper de savoir si l'aliéné interné pourrait contracter mariage pendant un intervalle lucide, ainsi qu'on l'admet pour l'interdit.

En effet, la présence dans l'Etablissement apportera un obstacle matériel insurmontable, la comparution devant l'officier de l'état-civil étant indispensable pour la célébration du mariage et l'aliéné ne pouvant se présenter. » (1).

En contradiction complète avec cette opinion, nous avons, le Dr Raynier et moi-même, exposé la nôtre en ces termes (2) :

« Sous réserve que toutes les conditions nécessaires soient remplies, que les obligations de consentement ou de non-opposition, de même que les formalités préalables : publications, remise des pièces, etc., soient remplies et que le domicile matrimonial soit déterminé selon les règles légales, l'union d'un malade interné et la célébration du mariage dans les formes requises, sont possibles.

On a pu dire que, dans l'immense majorité des cas, il y a là une disposition regrettable (mariages trop évidemment intéressés, recours à prévoir à l'action en nullité pour défaut ou vice de consentement, etc.). Il n'en reste pas moins qu'aucune défense formelle de contracter mariage ne pèse sur le malade interné. On ne peut soutenir que la présence à l'Asile constituera un obstacle matériel toujours insurmontabe, l'aliéné ne pouvant se présenter devant l'Officier de l'état-civil dans la maison commune, ainsi qu'il est requis, car il faut tenir compte, d'une part, de la possibilité de « promenades extérieures » (Règlement de 1857, art. 170) et de sorties d'essais ; et aussi d'autre part qu'il est des cas où l'Officier de l'Etat-Civil pourrait, en

(1) F. Orelli. — L'incapacité juridique des Aliénés, p. 12.
(2) L'Aliéné et les Asiles d'Aliénés, p. 448.

cas de maladie, se rendre au domicile du malade ou dans tout autre lieu, pour procéder au mariage, mais en ayant soin d'indiquer les causes qui ont motivé cette dérogation aux prescriptions de la loi (Circulaire du Garde des Sceaux, 15 octobre 1852). La responsabilité pénale de l'Officier au cas de célébration hors de la mairie sans nécessité est indiscutable (Cass., 31 mai 1900) ; mais lorsqu'il y a nécessité, elle reste toujours possible.

La loi du 9 août 1919 le confirme (réquisition par le Procureur de la République de se transporter au domicile ou à la résidence d'une des parties en cas d'empêchement grave, possibilité pour l'Officier de l'Etat-Civil d'y procéder sans réquisition ou autorisation, en cas de péril imminent, de danger de mort de l'un des futurs, à condition de rendre compte dans le plus bref délai et d'en faire mention dans l'acte de mariage).

Il serait facile, en parcourant les anciennes collections des *Annales médico-psychologiques*, d'y retrouver au moins une espèce intéressante (Asile de Vaucluse). Quoi qu'il en soit, le mariage d'un interné n'est pas une vue théorique et une éventualité impossible, puisque des praticiens particulièrement expérimentés des Asiles et de la médecine légale, tels que le docteur Ch. Vallon, ont cru devoir recommander: « Un Directeur d'Asile d'Aliénés, en présence d'un de ses malades voulant contracter mariage, fera sagement de prévenir les autorités administratives et judiciaires en leur donnant des renseignements très explicites sur l'état mental du malade. Dans les cas de mariage *in extremis*, le médecin devra exposer la situation mentale de la personne internée à l'Officier de l'Etat-Civil, lequel, à ses risques et périls, peut accepter ou refuser de célébrer le mariage » (*in* traité Gilbert Ballet). »

Avant d'aborder le résumé des cas qui ont intéressé les discussions de la Société en 1874 et 1876, je rapporte, à titre documentaire, l'entrefilet suivant paru dans *le Matin* du 10 août 1925 :

« Un Aliéné convole en justes noces dans un Asile du Nord

Lille, 9 août, Téléph., *Matin*. — On vient de célébrer à l'Asile d'Aliénés d'Esquermes, à Lille, le mariage d'un malade avec une jeune fille que ce dernier avait connue avant son internement. La cérémonie se déroula en présence

de M. Masson, Adjoint au Maire de Lille. Pendant l'accomplissement des formalités, les portes de l'Asile sont restées grandes ouvertes et tout le monde pouvait entrer, l'Etablissement faisant à ce moment office de maison commune.

A noter qu'un Aliéné peut toujours se marier avec le consentement du Médecin traitant et du Procureur de la République. »

⁂

N'ayant retrouvé et connu par le détail les cas d'espèce publiés dans les *Annales médico-psychologiques* qu'après le mariage du malade placé dans mon service, je n'ai pu m'inspirer, dans la conduite à tenir, des diverses questions et objections alors soulevées. Un résumé des discussions me paraît trouver opportunément place avant l'exposé du cas que je soumets aujourd'hui à l'appréciation de la Société, et permettre d'utiles comparaisons.

A la séance du 15 novembre 1875, M. Billod (1) introduisait ainsi sa communication :

« Il vient de surgir à l'Asile de Vaucluse un *cas qui ne s'était encore jamais présenté* au cours de ma déjà longue pratique et qui soulève une *question de droit spécial* qui me paraît être de la compétence de la Société.

Cette question est celle de savoir *si un aliéné séquestré* dans un asile d'aliénés, peut, *dans certaines conditions de son état mental*, contracter mariage *pendant son séjour dans l'Etablissement spécial* et, dans le cas de l'affirmative, si le mariage peut être célébré *dans l'intérieur* de cet Etablissement. »

La question était soulevée, par une demande adressée à l'aumônier de l'Asile de Vaucluse, par une femme ayant vécu maritalement onze ans avec le malade et ayant eu de lui trois enfants, reconnus. Le diagnostic clinique porté à son sujet était : paralysie générale, « assez avancée déjà dans sa marche ». Le malade,

(1) Voir le texte de la communication et des discussions qui eurent lieu au cours des trois séances suivantes : *A. M. P.* 1876, tome XV p. 68, 259, 262 et 267.

désireux de régulariser sa situation, « dit en même temps qu'il devait aussi se marier avec une des religieuses de l'Etablissement ».

Consultée, « *la Commission de Surveillance* pour les asiles d'aliénés de la Seine a décliné sa compétence. »

Dans ces conditions, Billod posait la question de savoir s'il y avait, pour son malade, incapacité légale résultant « de son *insanité* ou du *fait de son séjour* dans l'Etablissement spécial *ou de ces deux circonstances* à la fois ».

En ce qui concerne spécialement l'état d'aliénation, Billod estimait qu'il n'entraîne pas, *ipso facto*, l'incapacité : tel un délire partiel, relativement à «certains actes qui seraient sans corrélation avec l'objet même de ce délire ».

La question se réduisait pour lui — afin de respecter les dispositions du Code Civil (art. 146) : « il n'y a *pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement* » — à savoir si l'état du malade lui permet « de donner son consentement en suffisante connaissance de cause », question nécessitant *une expertise médico-légale.*

L'auteur prévoyait aussi l'opposition pour cause de démence, et soulignait que l'exercice du droit d'opposition « reste absolument facultatif ». Dans le cas rapporté, aucun membre de la famille n'avait d'ailleurs intérêt à former opposition.

En ce qui concerne d'autre part l'impossibilité née du séjour dans l'établissement spécial, Billod estimait, même au cas où l'état mental permettait le jeu de l'article 146 du Code Civil, que « *l'aliéné est déchu du droit de contracter mariage pendant son séjour* dans l'établissement spécial où il a été *placé d'office* ». Il subordonnait d'ailleurs, à cet égard, son opinion à celle de la Société, se proposant aussi de provoquer l'avis de la Société de Médecine légale.

Pratiquement, Billod pensait résoudre la question en profitant d'une rémission assez marquée pour demander la sortie du malade afin que le mariage eut ensuite lieu « si l'officier de l'état-civil n'y met pas obstacle ». Il ajoutait, à propos de la femme, que les renseigne-

ments recueillis sur elle étaient, « à cela près du concubinage, aussi satisfaisants que possible ».

Enfin, après avoir fait allusion à une communication de Motet — rappelée plus loin — sur un cas analogue, Billod estimait que les conclusions de son collègue étaient valables, mais laissaient « la question indécise pour l'aliéné proprement dit, *placé d'office dans un établissement public d'aliénés...* »

La discussion ne porta pas sur moins de trois séances. Legrand du Saulle insista surtout sur la nécessité du consentement (Code Civil, 146). Il rappelait que la loi romaine, s'opposant au mariage du *mente captus*, autorisait celui du *furiosus* « en possession d'un intervalle lucide ».

Puis il énonçait « ce fait qu'en France, à l'époque actuelle, les jurisconsultes s'accordent généralement à regarder comme valable tout mariage, *avant l'interdiction*, qui aurait été contracté pendant un intervalle lucide ».

Revenant au cas présenté, Legrand du Saulle estimait possible le mariage après la sortie, et même « dans l'intérieur de l'Asile ». Il rappelait, à ce propos, celui d'un épileptique-aliéné à Montpellier et le cas spécial ayant nécessité l'expertise de Motet. Il concluait : « toutes les difficultés relatives au mariage peuvent être levées par le Procureur de la République de l'arrondissement... qui doit permettre ou défendre le mariage », le médecin n'ayant à « intervenir que pour donner son appréciation sur l'état mental de son pensionnaire. Le reste doit se passer en dehors de lui. Nulle responsabilité ne saurait l'atteindre. Sa conscience de médecin est seule en jeu ».

Lunier, tout en observant que le mariage, dans le cas d'espèce proposé, « constituait un acte de moralité », formulait une objection tirée de l'art. 39 de la loi de 1838 (annulabilité des actes...). Ne connaissant pas d'exemples d'actes attaqués ayant été validés par le Tribunal, il estimait que la solution de choix « pour ne pas entraver l'accomplissement d'un acte éminemment moral », était la sortie, en vue du mariage, « en suppo-

sant toutefois que le malade soit en état de comprendre la portée de l'acte qu'on veut lui faire faire ».

A quoi rétorquait Legrand du Saulle que la nullité « n'a pas lieu de plein droit », les juges ayant, d'ailleurs, à considérer les circonstances, le caractère de l'acte, le préjudice causé au malade.

Le Médecin n'a à donner « son opinion scientifique que sur l'état mental d'un malade et sur le degré actuel de capacité civile de ce malade. Quant à la décision, elle est prise en dehors de lui » par le Procureur de la République.

Legrand du Saulle affirmait finalement que, la démonstration clinique d'une libre volonté étant faite, « aucun texte de la jurisprudence française ne s'oppose » au mariage dans l'établissement.

⁂

Le rapport médico-légal de Motet, auquel il était fait allusion en 1876, avait été lu, par son auteur, à la séance du 23 février 1874 (1). Il s'agit d'une femme de 62 ans, internée, atteinte de déficit psychique organique (hémiplégie), ayant eu une fille naturelle dont le père sollicitait les dispenses de dernière publication pour le mariage projeté entre la malade et lui ; la requête s'appuyait sur le fait que la malade était atteinte d'une lésion cérébrale mettant sa vie en danger sans atteindre ses facultés intellectuelles. Motet, tout en repoussant la notion de danger immédiat pour la vie de la malade, admettait, malgré l'affaiblissement intellectuel, qu'elle avait « conscience de la gravité de cet acte, de ses conséquences ». Aussi la considérait-il comme capable de contracter mariage. Le mariage, rappellera Legrand du Saulle, eut lieu dans la maison de Santé de Picpus, où le Maire s'est transporté et où, « muni de ses insignes et en présence de témoins, il procéda à la célébration du mariage ».

⁂

(1) *A. M. P.*, 1874, tome X, p. 453.

Le malade, dont j'apporte aujourd'hui l'observation, est, comme celui de l'Asile de Vaucluse, atteint, très vraisemblablement, de paralysie générale, avec rémission spontanée.

M. X..., 43 ans, entre par placement volontaire à l'Asile en avril 1925.

D'après les renseignements recueillis à ce moment, manifestations morbides constatées depuis deux mois : commandes hors de proportion avec les besoins de son commerce et même la capacité de ses fournisseurs, comptabilité en souffrance, excès de boissons inaccoutumés, réactions violentes. Projets inconsidérés : veut commander des autos, des voitures à deux chevaux, un « piston en or ». Troubles de la parole constatés depuis un an. Un oncle du côté maternel serait mort paralytique général.

A l'entrée : euphorie, suggestibilité, déficit de l'autocritique, pas de troubles notables de la mémoire et de l'orientation ; erreurs de calcul. Les pupilles réagissent. Réflexes rotuliens amples, analgésies, tremblement menu des doigts ; écriture tremblée. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0 gr. 42, Lymphocytose 11, Benjoin colloïdal 22222. Réactions vives et agressives au moment de la ponction lombaire ; nécessité de plusieurs essais successifs.

Rapidement, l'excitation légère disparaît, le malade s'intéresse aux lectures, aux jeux. Puis il rectifie les erreurs d'orthographe et de calcul qu'il a commises, reconnaît sans suggestion l'absurdité de ses projets antérieurs, avoue les excès de boisson passagers. Persistance des signes neurologiques, en particulier des troubles arthrolaliques. L'écriture est devenue régulière et correcte la forme de la correspondance.

Même état de rémission jusqu'à la sortie (décembre 1925).

⁂

L'observation, somme toute des plus banales au point de vue clinique, devait, comme on le verra, attirer tout spécialement, du point de vue social, mon attention.

M. X..., placé à la demande de sa mère, fut amené à l'Asile par un proche parent qui confia, le jour de l'entrée, au surveillant, que le malade avait depuis longtemps une maîtresse, Mme Z..., ajoutant qu'il

vaudrait mieux qu'il n'y eût pas entre eux de correspondance. A noter que, pas plus que le Directeur, je ne reçus de précision, orale ou écrite, à ce sujet. Le malade, au début du séjour, ayant rédigé à plusieurs reprises des lettres à l'adresse de Mme Z..., je crus bon, dans le doute et jusqu'à plus ample informé, de les retenir.

Il lui fait bientôt dans ces lettres le reproche de ne pas répondre, critique le subterfuge employé pour l'amener à l'Asile ; il rectifie les erreurs premières d'orientation et donne des détails précis sur les moyens de transport à prendre pour venir le voir. Cependant, Mme Z... vient me trouver à l'improviste, deux mois environ après l'entrée du malade. Elle me déclara avoir su tout récemment l'adresse du malade grâce à l'entremise secrète de la sœur de celui-ci, elle-même en désaccord avec leur mère. Elle me présentait ensuite plusieurs attestations récentes, de diverses personnalités de la ville, touchant sa liaison avec M. X... et le caractère marital de celle-ci, remontant à 22 ans.

Elle me confiait, en outre, qu'elle avait présenté elle-même, récemment, des accidents hémiplégiques reconnus spécifiques et traités comme tels. L'ordre de contamination reste imprécis : elle déclare que M. X... suivait un traitement par pilules au début de leur liaison. Il est impossible d'obtenir du malade un renseignement exact à cet égard.

Mme Z... s'était munie des attestations en vue d'obtenir l'autorisation de visiter M. X... Dans les diverses conditions sus-énoncées, et tenant compte des prescriptions du règlement intérieur touchant les visites des « parents » et « amis » des malades (prescriptions reproduisant celles du Règlement-modèle, art. 167), je crus pouvoir donner cette autorisation, dans les termes réguliers : mise en présence à l'intérieur, surveillance du personnel. Je crus pouvoir également en autoriser le retour, ainsi que la permission de correspondance sollicitée, sauf réserve provenant d'une intervention de la part de la famille et qui ne se produisit pas.

Cependant que l'amélioration se poursuivait, Mme Z..., au cours d'une visite ultérieure, venait m'exprimer son désir de voir sortir le malade et insistait sur ce fait que la famille ne ferait aucune démarche pour le retirer, et avait intérêt à prolonger cette situation, la succession du père de M. X..., en suspens depuis quelques années, n'étant pas encore liquidée — fait confirmé par le malade.

Incapable d'apprécier cet argument, tout en ayant, semble-t-il, le devoir de noter, je crus bon de faire observer à Mme Z... que son intervention directe, soit auprès de l'autorité judiciaire (Art. 29 de la Loi), soit auprès de l'autorité administrative (jeu de l'art. 16) aurait chance de ne pas aboutir. Je lui fis valoir en effet que, mon avis demandé, j'étais en conscience obligé d'indiquer qu'il s'agissait d'un malade non guéri au sens strict, mais en rémission, et qu'une surveillance éventuelle devrait être prévue. L'absence de lien légal rendant difficile l'intervention de Mme Z... quant à la surveillance, sans asquiescement de la famille, je crus devoir lui conseiller d'aborder directement la question avec les proches. Ce conseil ne devait pas recevoir un enthousiaste accueil.

Lors d'une visite ultérieure, Mme Z... venait m'informer qu'au lieu de suivre ce conseil, elle avait consulté un avoué. Celui-ci, à son dire, ne prévoyait une solution facile que par son mariage avec le malade, sous la condition que le médecin pût certifier que l'état mental le permettait. Le malade, interrogé par elle, consentait. Je me trouvais donc brusquement en face du fait capital.

J'apprenais d'ailleurs incidemment que, le mariage ayant dû avoir lieu quelques années plus tôt, les formalités de publication avaient été remplies, mais que, sur les instances de la mère de M. X..., la célébration avait été ajournée. Ce détail est intéressant à noter au passage : dans le cas présent, en effet, ces publications n'étaient plus valables, aux termes de l'art. 65 du Code Civil : « Si le mariage n'a pas été célébré dans l'année, à compter de l'expiration du délai de la

publication, il ne pourra plus être célébré qu'après une nouvelle publication... »

Mais on peut imaginer un cas spécial, se posant à propos d'un malade récemment interné, et où l'annulation n'aurait pas encore joué.

Quoiqu'il en soit, en présence de cette demande précise, diverses difficultés d'ordre médical surgissaient. Je ne pensai pas devoir m'arrêter au côté « eugénique » de la question, vu l'âge des intéressés et la durée antérieure de leur liaison. Et le point de vue des intérêts matériels du malade me parut devoir primer tout autre en l'espèce ; toute enquête précise m'étant impossible, je devais juger sur des impressions : discordance entre les marques d'affection apportées au malade par Mme Z... et celles de la famille — phrase prononcée par un proche parent devant le surveillant et concernant l'incurabilité certaine et la nécessité de l'internement prolongé, — absence apparente d'intérêt coupable de la part de Mme Z..., pour qui le malade sorti devait être plutôt une charge (ainsi que je n'avais pas manqué de le lui faire ressortir).

Acceptant l'idée que le mariage pouvait être favorable aux intérêts du malade, je n'avais plus à considérer que la valeur de sa « volonté », le rapport de l'état mental actuel et de l'acte à accomplir.

L'état de rémission ne faisant pas de doute, les corrections apportées spontanément par le malade à des erreurs antérieures, l'apparence non approbative de son acquiescement, tout son comportement actuel enfin, induisaient à admettre la validité de son consentement. Aussi crus-je devoir répondre que ne surgirait, de mon fait, aucun obstacle, à la condition que l'état mental du malade restât sans modification jusqu'à la date choisie pour le mariage.

Pour le reste, je ne pouvais que renvoyer Mme Z... aux conseils de l'avoué qu'elle avait choisi.

Il ne m'a paru alors qu'aucune règle ne m'obligeait à avertir la famille du malade, les conversations entre M. X... et Mme Z... au sujet du mariage s'étant passées sous le couvert strict des prescriptions réglementaires.

⁂

Posée, du point de vue médical, la notion de la validité du mariage, il ne me restait qu'à attendre la suite passivement, non toutefois sans intérêt, en raison des questions d'ordres divers qui ont pu successivement se présenter.

Je fus tout d'abord en présence d'une lettre de l'avoué demandant un certificat constatant l'état mental et l'aptitude de M. X... à contracter mariage. Sur la feuille timbrée à 2 fr. 40 jointe à cette demande, je rédigeai un certificat indiquant l'état de rémission compatible avec la validité de l'acte projeté.

Je me gardai, bien entendu, de délivrer le certificat directement et l'adressai au Préfet, ainsi indirectement saisi, et qui, quelques jours après, donnait cette réponse au Directeur :

...« J'ai l'honneur de vous faire connaître que Me Y... n'a pas qualité pour demander un certificat de cette nature. Cette pièce ne peut être délivrée qu'à la requête des proches parents du malade, notamment des personnes visées à l'article 14 de la loi du 30 juin 1838, c'est-à-dire celles susceptibles de réclamer la sortie de l'aliéné ou la requête de l'autorité administrative ou judiciaire.

Je ne puis, dans ces conditions, transmettre à Me Y... le certificat dont il s'agit et je vous prie d'en aviser M. le Docteur Beaudouin. »

Les intéressés s'en tinrent aux voies habituelles. Le malade, âgé de plus de 30 ans, n'avait ni à obtenir de consentement ni à faire de notification (à sa mère) : art. 151 modifié du C. civil. Mme Z... vint demander au Procureur de la République une dispense de publications ; visitant ensuite le malade, elle m'en informa, ajoutant que la dispense ne lui avait pas été accordée. On peut rappeler à ce propos les dispositions du Code civil :

« Art. 169 (Loi du 21 juin 1907). — Le Procureur de la République, dans l'Arrondissement duquel sera célébré le mariage, peut dispenser pour *des causes graves*, de la publication et de tout délai. »

Les publications eurent donc lieu dans les formes prescrites par les articles 63 et 64 du Code civil. Mais relativement à la publication et au lieu de célébration, une objection fût faite à la Mairie du lieu de l'établissement. Il convient à ce propos de rappeler tout d'abord les dispositions du Code civil (loi du 21 juin 1907) :

« ART. 165. — Le mariage sera célébré publiquement devant l'officier de l'état-civil de la commune *où l'un des deux époux aura son domicile ou sa résidence* à la date de la publication prescrite par l'art. 63 et, en cas de dispense de publication, à la date de la dispense prévue à l'art. 169 ci-après.

ART. 166. — La publication ordonnée par l'art. 63 sera faite à la municipalité du lieu où chacune des parties contractantes aura *son domicile ou sa résidence.*

ART. 167. — Si le domicile actuel ou la résidence actuelle n'ont pas été *d'une durée continue de six mois,* la publication sera faite en outre au lieu du dernier domicile, et, à défaut du domicle, au lieu de la dernière résidence ; si cette résidence n'a pas une durée continue de six mois, la publication sera faite également au lieu de naissance. »

On sait que « le domicile de tout Français, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu où il a son principal établissement » (C. civil, art. 102). Pothier a précisé ainsi la définition : « le lieu où une personne a établi le siège principal de sa demeure et de ses affaires ». Le domicile a un caractère de fixité qui le différencie de la résidence, « endroit où une personne fixe pour un temps son habitation » (Planiol), où elle séjourne d'une manière un peu prolongée. La résidence, contrairement au domicile, n'a reçu de la Loi ni définition, ni caractère juridique. Elle a une stabilité moindre que le domicile et se perd, en principe, dès qu'on la quitte.

Des doutes pouvant s'élever, notamment sur la valeur du *séjour à l'Asile comme lieu de résidence,* le Maire sollicita l'avis du Procureur de la République.

Il était donc intéressant de le connaître, et j'ai pu savoir qu'il comportait en substance ces éléments :

— les individus non interdits conservent leurs droits civiques ;

— le séjour à l'asile peut tenir lieu de résidence ;

— M. X... peut être marié à la mairie du lieu de l'Etablissement.

La publication fut donc faite à la fois à la mairie du lieu et à celle de la ville où habitait Mme Z... Cette ville est également celle du domicile de la famille X...

On conçoit que l'opposition ait été prévue par les intéressés : jeu de l'art. 173 du Code Civil, et surtout de l'art. 174, parag. 2 :

« Lorsque l'opposition est fondée sur l'état de démence du futur époux, cette opposition, dont le Tribunal pourra prononcer main-levée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge, par l'opposant, de provoquer l'interdiction, et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement.. »

J'ai pu savoir que l'avoué prévoyait le recours en main levée. Il est intéressant de rappeler les dispositions spéciales du Code civil :

« ART. 177. — Le tribunal de première instance *prononcera dans les dix* jours sur la demande en main-levée.

ART. 178. — S'il y a appel, il sera statué dans les dix jours de la citation.

ART. 179. — Si l'opposition est rejetée, les opposants, *autres néanmoins que les ascendants* pourront être condamnés à des dommages-intérêts. (L. du 20 juin 1896). Les jugements et arrêts par défaut, rejetant les oppositions à mariages, ne sont pas susceptibles d'opposition. »

Il n'y eut pas d'opposition, et Mme Z..., en possession du certificat exigé par le Code civil (art. 69), m'avertit — ainsi que je lui avais demandé — du jour fixé pour la célébration.

Conformément aux dispositions des art. 74 et 165

du Code Civil et à l'avis du Procureur de la République, cette célébration pouvait se faire au lieu de l'Etablissement.

A cette date donc, j'établis spontanément un certificat destiné au Préfet et transcrit au Livre de la Loi, en indiquant l'état mental, la rémission, les conditions nécessitant mon avis, et concluant — quant au mariage — : « J'estime que l'état mental de M. X... est compatible avec la validité de cet acte. » L'établissement de cette pièce, à la date même du mariage, me paraît en effet capital.

Aucune raison plausible ne nécessitant le mariage à l'intérieur de l'établissement, la célébration eut lieu « dans la maison commune » : Code civil, art. 75 (1). Une simple « permission de sortie » (v. art. 170 du Règlement-modèle) permit cette formalité, la « personne » accompagnant le mālade étant un infirmier désigné spécialement, et qui remplit le rôle d'un témoin, le second étant un autre infirmier, libre ce jour-là, et qui prêta bénévolement son concours.

⁂

Un *contrat de mariage* avait été établi la veille. La même formalité, quant à la « permission de sortie », avait évidemment suffi.

Au moment opportun, le notaire fit demander au Directeur un certificat constatant l'état mental, en adressant la feuille timbrée nécessaire. A cette transmission, je crus devoir répondre qu'il m'était impossible de délivrer directemnt le certificat demandé et qu'il y avait lieu de le réclamer par l'intermédiaire du Procureur de la République. Ses instructions m'ayant été transmises, je délivrai à ce magistrat le certificat, avec les indications analogues à celles de celui que j'avais rédigé pour l'autorité administrative, et en spécifiant : « Délivré à M. le Procureur de la République... »

(1) Les « cas d'empêchement grave », de « péril imminent » ont été prévus par l'art. 6 de la loi du 9 août 1919, modifiant l'art. 75 C. C.

⁂

Quelques jours plus tard, la sortie du malade était requise par sa femme. Aucune opposition de ma part n'était justifiée par un fait nouveau ; et le malade sortait par le jeu de l'article 14 de la Loi, 2°.

N'ayant eu aucune raison d'intervenir jusque là vis-à-vis de la famille, je jugeai toutefois prudent de demander au Directeur de l'avertir à ce moment, pour éviter toute complication née en particulier de l'engagement de payer les frais de pension.

⁂

Ce cas me paraît justifier, pour terminer, quelques commentaires incidents. Je les exposerai sans souci d'ordre logique.

Il me semble inutile d'insister sur l'absence de toute différence, à l'égard des actes accomplis, entre les *deux modalités légales du placement : volontaire ou ordonné,* non plus qu'entre la qualité de l'établissement : *public* ou *privé,* qui a reçu le malade. L'avis différent que semblait exprimer Billod en 1876 montre seulement que, le cadre des dispositions légales n'ayant pas changé, les seules variations de l'opinion médicale proprement technique peuvent expliquer cette apparente contradiction.

De même, quant à la constatation de l'état mental et de la validité d'un acte déterminé, on voit mal aujourd'hui la nécessité, dans tous les cas, d'une expertise médico-légale. Le médecin traitant apparaît, en principe, apte à trancher la question, en donnant par certificat toutes indications nécessaires ; et c'est à lui qu'il appartiendrait, au cas de difficultés spéciales d'appréciation dans un cas donné, de réclamer cette expertise particulière.

Dans le conseil de Vallon, rapporté au début, l'auteur parle du « Directeur d'asile ». J'ai pensé qu'il avait eu en vue le cas d'un médecin-directeur. On peut se demander toutefois quel rôle a le directeur à jouer en l'occurence.

Dans le cas que j'ai rapporté, il est resté celui d'un organisme de transmission, tant de demandes qui ne m'étaient pas directement adressées que de tous certificats et pièces diverses que j'ai eu à fournir. Il ne m'a paru qu'aucun texte m'obligeât à lui adresser un avis spécial.

Quant à la Commission de Surveillance (incompétence déclinée : cas Billod), il m'a paru hors de ses attributions de connaître de cette affaire. Le rôle de l'administrateur provisoire des biens, tant que le mariage n'est pas célébré, reste également en dehors (1).

L'annulabilité de l'acte, soulignée par la discussion de 1876, est d'une toute autre importance.

Il faut d'abord rappeler la disposition du Code civil:

« ART. 180. — Le mariage qui a été contracté *sans le consentement* libre des deux époux, *ou de l'un d'eux,* ne peut être attaqué que par les époux, ou *par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre...* »

Cette disposition s'accorde avec celle de l'art. 39 de la loi de 1838 qui « n'édite pas l'incapacité de l'aliéné interné. Ses actes, loin d'être nuls de droit comme ceux de l'aliéné interdit, sont en principe valables ; mais ils « *pourront être annulés* », c'est-à-dire qu'ils sont annulables pour cause de démence, soumise à l'appréciation souveraine du Tribunal, par l'exercice de l'action en nullité (2). Il s'agit là d'une *nullité relative* qui « n'est pas à la disposition des tiers ».

En tout cas, la preuve incombe au demandeur, et l'appréciation du Tribunal, si « l'acte ne porte pas par lui-même un cachet nettement démentiel », ne peut manquer de s'appuyer sur les constatations médicales précises : ainsi ressort bien toute l'importance du certificat qu'on ne saurait manquer d'établir et d'adresser à l'autorité administrative compétente, avec inscription au livre de la Loi.

L'opposition pour cause de démence ne s'étant pas

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN, p. 421.
(2) RAYNIER et BEAUDOUIN, p. 405.

produite, « à la charge, par l'opposant, de provoquer l'interdiction »... (C. Civil 174), on peut envisager les effets d'une interdiction demandée postérieurement à la célébration de l'acte, et dans le cas spécial, à la sortie du malade.

S'il n'est pas établi en effet que l'interdiction, prononcée, soit un « obstacle permanent au mariage » (1), on sait que l'annulation en est possible, en vertu des dispositions de l'art. 503 du Code Civil :

« Les actes antérieurs à l'interdiction, pourront être annulés, si la cause de l'interdiction existait notoirement à l'époque où ces actes ont été faits. »

Or, dans le cas ici rapporté, même en tenant compte de la rémission la plus nette, l'état mental peut motiver l'application de l'art. 489 : état habituel de démence, même avec intervalles lucides. Si l'interdiction était poursuivie, — tout parent étant « recevable à provoquer l'interdiction » (art. 490), — et obtenue, la question d'annulabilité pourrait donc se poser. Mais il n'y a pas nullité de droit (art. 503) et l'on conçoit encore ici l'importance capitale de la constatation médicale par certificat « à l'époque » de l'acte.

Il me reste, pour terminer, à envisager le rôle — possible en pareille circonstance — du curateur à la personne (Loi de 1838, art. 38). On sait que le curateur, dont les formalités de nomination sont des plus simples, et qui ne peut être choisi parmi les héritiers présomptifs du malade, a, entre autres attributions, celle de veiller à ce que l'intéressé « soit rendu au libre exercice de ses droits *aussitôt que sa situation le permettra* ».

Il ne faut pas oublier par ailleurs que le curateur est placé en tête des personnes désignées par l'art. 14 de la loi comme pouvant requérir la sortie des malades placés volontairement (sauf sursis et ordres préfectoraux, sur notification de danger par le médecin).

(1) *Id.*, p. 395.

Dans le cas envisagé, la nomination d'un curateur, si elle eût pu, en principe, faciliter la sortie, n'aurait pas forcément amené cette solution. En conscience, le curateur ne saurait user de son droit sans s'être entouré de tous renseignements utiles, et, devant l'indication médicale d'une surveillance nécessaire, requérir la sortie sans s'être assuré par avance que cette surveillance peut être exercée. Refus éventuel de la famille, absence de lien légal entre le malade et sa maîtresse, eussent pu devenir des sources de difficultés diverses, difficultés pratiquement levées par la solution qui intervint dans le cas spécial : la célébration du mariage (1).

Telles sont les diverses questions posées, pratiquement et théoriquement, par le cas d'espèce qu'il m'a été donné de recueillir. Leur multiplicité, leur triple caractère technique, administratif et juridique, la rareté de telles éventualités m'ont incité à en présenter les divers éléments, pour solliciter, à propos de chacun d'eux, les observations et les critiques de la Société.

Discussion

M. Dabout relate le cas d'un militaire interné qu'il n'a pu faire marier. Il s'agit d'un P. G. en pleine rémission, qui désirait régulariser une situation très ancienne et qui avait une fille de 18 ans. Le médecin-directeur

(1) Une anecdote, sans rapport avec le cas présent, à propos de la *curatelle*, que je n'ai vu jusqu'ici appliquer qu'une seule fois : une malade de l'Asile d'A..... déséquilibrée avec prédominance d'idées de persécution par interprétations, manifestations revendicatrices, épisodes d'excitation, adressait d'incessantes requêtes aux autorités.

Une de ces requêtes aboutit à la nomination d'un curateur, une requête ultérieure à une expertise spéciale dont je rédigeai le rapport ; le Tribunal ordonna le maintien.

Le jugement nommant le curateur avait désigné pour cette fonction le greffier du Tribunal. Or, devant plus tard recevoir, en tant que greffier, mon rapport, il n'eût rien de plus pressé, en tant que curateur, d'aller le lire *in-extenso* à la malade qui, par la suite, en discuta âprement les termes avec le Médecin Directeur de l'établissement !

de l'Asile craignait les réclamations de la famille et l'annulation du mariage.

M. SEMELAIGNE. — M. Beaudouin rappelle la discussion de 1876. Une trentaine d'années auparavant, à Montpellier, un mariage d'aliéné épileptique avait été autorisé à la suite d'un certificat de Rech.

M. LEGRAIN. — Quand la question du mariage d'un aliéné se pose, il s'agit d'un mariage *in extremis* ou d'une régularisation souhaitée par les futurs conjoints. Le médecin peut seul apprécier s'il y a lieu d'autoriser ce mariage. Je me rappelle le cas d'un persécuté-persécuteur, qui désirait épouser sa maîtresse et qui a pu adresser de l'Asile des sommations à sa famille et se marier. Une autre fois, il s'agissait d'un malade affaibli mentalement, qui a pu être marié *in extremis*. J'estime qu'il faut être très circonspect dans ces circonstances, mais il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'internés ont la capacité de contracter mariage.

M. TRÉNEL. — Dans cette question, on exagère, à mon avis, le rôle du médecin, qui me paraît moins important que celui de l'Administration. Dès qu'il a connaissance d'un projet de ce genre, le médecin doit l'avertir, spécialement l'administrateur des biens ; quant à lui, il ne doit prendre aucune initiative et attendre qu'on lui demande des certificats. Si le sujet dont parle M. Beaudouin est resté 22 ans bien portant sans se marier, il est étrange qu'il choisisse pour le faire le moment où il est interné.

M. ARNAUD. — Il est singulier d'entendre dire qu'un aliéné interné peut se marier. Le mariage est un des actes les plus importants de la vie civile. Puisque le sujet en question a pu sortir de l'Asile quelques jours après son mariage, il était plus simple de le faire sortir avant.

M. DUPAIN. — Un jour, à Vaucluse, un monsieur d'âge mûr est venu me demander la main d'une

aliénée de mon service, femme d'âge elle aussi. « Nous nous sommes fiancés au quartier des gâteuses, me dit-il, pendant que je venais voir ma fille, qui est idiote. Cette dame est sa voisine de dortoir. Nous nous aimons et je désire l'épouser. Je demande sa sortie pour éviter de célébrer le mariage à l'Asile. »

La malade en question, persécutée persécutrice, avait promis une gratification monétaire au susdit monsieur s'il pouvait la faire mettre en liberté ; et il avait trouvé ce stratagème, aussi ingénieux que nouveau, d'une demande en mariage pour obtenir la sortie. La ruse n'eut aucun succès.

M. Trénel. — Je crois qu'il faut être très prudent pour autoriser un aliéné à faire un acte quelconque de capacité civile. J'ai autorisé une fois une vieille persécutée bien raisonnable à aller donner son consentement au mariage de sa fille. Sur place elle a changé d'avis et a fait tant de difficultés que je me suis bien promis de ne pas recommencer semblable expérience.

M. Beaudouin. — Je me suis, sans doute, mal exprimé dans mon exposé. Dans toute cette affaire je n'ai pris aucune initiative. L'administrateur provisoire auquel M. Trénel voudrait faire appel est exclusivement délégué aux biens. Quant à mon malade, comme il s'agissait d'un P. G., je ne pouvais déclarer qu'il était guéri ; personne ne le réclamant, il serait resté interné.

M. Trénel. — Le mariage et le contrat sont des questions d'administration de biens.

M. Arnaud. — Ne valait-il pas mieux prévenir la famille que le malade était assez amélioré pour pouvoir sortir ?

M. Truelle. — Le médecin ne pouvait-il pas demander la nomination d'un curateur à la personne qui se serait occupé de faire sortir le malade ?

Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie

Par E. MINKOWSKI

En vue du prochain Congrès il paraît utile de préciser quelques points concernant la schizophrénie, afin de dissiper les malentendus qui se sont glissés dans les discussions sur ce sujet.

Pour comprendre l'œuvre de Bleuler, nous devons prendre pour point de départ la démence précoce de Kræpelin. Les quatre formes principales : démence précoce simple, catatonie, hébéphrénie et démence paranoïde, indiquent la genèse de la notion kræpelinienne, ainsi que les cas cliniques qu'elle vise. De nombreux aliénistes se contentèrent de reprocher à cette notion d'être trop extensive et passèrent outre. Il paraît cependant plus utile d'examiner, en vertu de quels critères Kræpelin fut amené à concevoir une entité clinique aussi vaste. A défaut de connaissances étiologiques précises, la psychiatrie est obligée, dans ses classifications, de faire appel à d'autres facteurs. Parmi ceux-ci, trois jouent un rôle prépondérant dans l'œuvre de Kræpelin. Ce sont : le caractère interchangeable des symptômes, la spécificité des états terminaux et l'hérédité similaire (1).

Tous les critères mentionnés paraissent valables. Une phase évolutive ne suffit guère pour caractériser une maladie. Des symptômes catatoniques, hébéphréniques et paranoïdes peuvent exister simultanément chez le même malade ou alterner au cours des phases successives de l'affection. Ces syndromes sont ainsi interchangeables et il ne paraît guère justifié de leur attribuer une indépendance complète, comme l'avaient fait les prédécesseurs de Kræpelin.

Les états terminaux, semblables et spécifiques, auxquels aboutissent la catatonie, l'hébéphrénie, la démence paranoïde et la démence précoce simple,

(1) Voir E. MINKOWSKI. — La génèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels. *Evolution psychiatrique.* Payot, 1925.

font naître l'idée d'un processus unique, commun à toutes ses variétés, et contribuent à les réunir en une seule entité. Ils différencient en même temps cette entité d'autres affections, comme la folie maniaque dépressive, l'épilepsie, la paralysie générale ou la démence sénile.

L'idée de l'hérédité similaire a le même rôle à remplir. Les diverses formes de la démence précoce se rencontrent fréquemment côte à côte dans la même famille. De là la probabilité qu'elles ne sont que des expressions plus ou moins accidentelles du même trouble essentiel, se rapportant alors à un facteur biologique déterminé, transmissible de génération en génération.

La démence précoce de Kræpelin n'implique plus ainsi ni la précocité du début ni, encore moins, l'évolution démentielle (dans le sens strict du mot), comme signes pathognomoniques de cette affection.

Nous avons tenu à insister sur ces questions de méthode, car nous retrouvons les mêmes critères à la base aussi bien de la schizophrénie de Bleuler que de la schizoïdie de Kretschmer. Ceci est important à connaître. Il est évident qu'on a toute latitude de rejeter en bloc et la méthode et les résultats, en les considérant comme non applicables aux faits qu'ils visent. Telle sera l'attitude de l'aliéniste qui d'emblée n'admet qu'une psychiatrie syndromique et réprouve toute tentative de dégager des entités nosographiques. Si, cependant, nous voulons bâtir plus loin sur les notions dont il vient d'être question, nous sommes obligés de respecter la méthode employée. Autrement, toutes les modifications, toutes les critiques, toutes les restrictions que nous pourrions apporter, risquent fort, à juste titre d'ailleurs, de ne trouver aucun écho. Il est intéressant de rappeler ici le sort des paraphrénies, admises par Kræpelin lui-même dans une des dernières éditions de son *Traité ;* de nombreux aliénistes lui objectèrent qu'il se mettait en contradiction avec lui-même, les paraphrénies ne se laissant pas séparer de la démence précoce ni du point de vue évolutif, ni du point de vue héréditaire.

Mais revenons à notre sujet. Bleuler continue l'œuvre de Kræpelin. Il crée la notion de schizophrénie. Nous trouvons ici à nouveau quatre formes principales : la schizophrénie simple, la catatonie, l'hébéphrénie et la forme paranoïde. Il s'agit donc des mêmes cas cliniques auxquels se rapportait la démence précoce de Kræpelin. La conception de Bleuler diffère cependant de celle de son prédécesseur. Kræpelin décrit, avec une richesse de détails remarquable, tous les troubles observés dans les diverses formes de la démence précoce. Il applique ainsi, pour nous servir d'une expression fort heureuse de Binet et Simon, la méthode « d'échantillonnage » et n'aboutit qu'à une « synthèse hésitante ». Bleuler apporte plus de système dans son travail et établit une hiérarchie des manifestations schizophréniques. Il est guidé, plus ou moins consciemment, par l'idée que du moment que des formes cliniques d'apparence aussi différente appartiennent à la même entité nosographique, elles doivent toutes avoir un fond commun, se réduisant à quelques traits essentiels et caractéristiques. Nous trouvons ainsi en tête de l'exposé de Bleuler l'énumération des troubles *élémentaires* de la schizophrénie. Ils sont au nombre de trois et, en faisant abstraction de tout le côté éclatant de l'aliénation mentale, comme les hallucinations, les idées délirantes, les états d'excitation, le syndrome catatonique, etc., visent des modifications des fonctions psychiques esentielles, c'est-à-dire de l'idéation, de l'affectivité et de la volonté. La pensée n'est plus guidée par des idées directrices ; elle devient vague et imprécise et pèche ainsi, non pas par rapport aux règles de la logique formelle, mais par rapport aux exigences de la réalité. S'il s'agit, par exemple, de décrire les campagnes de Napoléon, le schizophrène pourra se montrer capable de reproduire les différents fragments dont doit se composer une pareille description, mais il ne les ordonnera pas de façon à en faire un récit, compréhensible aux autres. Sa mémoire est toujours intacte, mais il fait comme s'il sortait des fragments d'un tas où ils se trouveraient mélangés pêle-mêle. Pour peu que ce

trouble s'accentue, la pensée devient de plus en plus fargmentaire et dissociée ; les associations sont, par rapport aux nôtres, bizarres et incompréhensibles ; des arrêts fréquents s'y produisent. Nous nous trouvons en fin de compte devant une véritable salade de mots.

Les troubles de la sphère affective ont le même caractère. Sans être perdue ou détruite, elle ne suit plus ni les changements de la situation extérieure, ni les pensées du sujet ; elle n'a point non plus de répercussion sur celles-ci. (C'est la discordance de Chaslin). Elle s'immobilise, devient figée et rigide. Le malade se plaint, en pleurant et en se lamentant, de ses persécuteurs, mais au milieu de son récit, demande, sans changer ni de ton, ni d'expression, un morceau de chocolat. L'indifférence n'est qu'une des expressions de l'affectivité schizophrénique. Ce qui la caractérise bien davantage, c'est la circonstance, qu'elle reste, dans ses diverses manifestations, bizarre et incompréhensible pour nous. Nous n'avons plus de contact affectif avec le schizophrène.

Dans le domaine des manifestations volitionnelles, le trouble caractéristique est constitué par l'ambivalence.

Ce n'est qu'après avoir précisé ces troubles élémentaires et quelques-unes de leurs conséquences immédiates que Bleuler décrit toute la symptomatologie variée de la schizophrénie, en considérant les autres symptômes comme secondaires et accidentels.

Cette notion de troubles élémentaires eut pour conséquence une nouvelle extension de la schizophrénie. Ces troubles, se rapportant non plus aux manifestations éclatantes de l'aliénation mentale, mais à des modifications de fonctions psychiques simples, pouvaient mener insensiblement à des travers de l'esprit ou de l'affectivité, du même aspect, rencontrés dans le domaine du normal. La schizophrénie pousse ainsi une pointe vers le normal. C'est l'origine de la notion de *schizophrénie latente*. Les objections, faites déjà à Kræpelin au sujet de l'extension de sa démence pré-

coce, reprirent de plus belle. Bleuler y ripostait, en demandant si on en voulait au coryza d'être plus fréquent que la fièvre typhoïde et aux chevaux d'être plus nombreux que les éléphants ; il ajoutait que ce qui importait à la science, ce n'était pas tant la quantité que la clarté et la précision des concepts. La schizophrénie latente fit place d'ailleurs plus tard à la schizoïdie. Nous aurons à en parler tout à l'heure.

L'ensemble des troubles élémentaires, en tant que base de toutes les manifestations schizophréniques, constitue ce que nous avons appelé le côté *psycho-clinique* de la conception bleulérienne. Ce côté n'est cependant pas le seul. Il y a en plus le côté *psycho-analytique*.

En dehors de la classification de Kræpelin, Bleuler subit l'influence des découvertes de Freud. C'est à cette dernière influence que nous devons l'introduction dans la psychopathologie de la schizophrénie des notions du complexe et du contenu de la psychose (Jung), ainsi que celle de l'autisme.

Le complexe est un événement, à lourde charge affective, qui vient se refléter dans les troubles psychotiques du malade et déterminer les variations, incompréhensibles de prime abord, observées dans ses réactions. L'ensemble des complexes constitue le contenu de la psychose. L'autisme est cette façon d'être particulière, propre aux schizophrènes, qui fait que ceux-ci, ne tenant plus compte de l'ambiance, la fuyant même, subissent l'emprise des complexes et les extériorisent d'une façon inadéquate, par rapport aux exigences de la réalité, d'une façon symbolique, par exemple. L'autisme est au fond par rapport au psychisme du schizophrène, ce qu'est le sommeil par rapport au rêve.

Plusieurs remarques deviennent nécessaires pour dissiper les malentendus qui se sont produits au sujet de l'œuvre de Bleuler.

1) Le complexe n'est pas une particularité exclusive de la schizophrénie. Il la déborde. Toute psychose peut en principe avoir un contenu. L'absence ou la

présence de complexes n'est pas ainsi non plus un élément de diagnostic. Celui-ci ne peut reposer que sur le côté psycho-clinique. Ceci est compréhensible. Le complexe représente un élément aussi bien de la vie normale que de la vie pathologique. Il est insuffisant par lui-même pour former une notion clinique. Une notion pareille doit toujours s'appuyer sur le trou creusé par l'affection, c'est-à-dire sur le côté déficitaire de celle-ci, et non sur les éléments qu'elle épargne ou qui interviennent en tant que mécanismes de compensation. Ni la recherche de complexes, quelle que soit la subtilité de la méthode employée, ni la constatation chez le malade de phénomènes de la vie normale, tels que la rêverie, dans lesquels les complexes apparaissent avec une netteté particulière, ne peuvent servir de base pour établir un diagnostic différentiel.

Nous sommes obligés de réunir dans le même groupe tous les cas présentant le même aspect déficitaire, le même aspect psychoclinique, indépendamment des mécanismes de compensation qui peuvent entrer en jeu et avoir une influence sur l'évolution de l'affection. Ceci ne diminue en rien ni l'intérêt psychologique ni la valeur psychothérapique que présentent les facteurs dont il vient d'être question, comme l'ont montré encore récemment les recherches de M. Claude et de ses élèves.

2) La notion du complexe n'implique aucunement la psychogénèse de l'affection, ni même peut-être celle du symptôme. Une vieille « démente » exécute, depuis des années déjà, le même mouvement stéréotypé ; elle frotte les mains contre la poitrine. C'est la seule manifestation extérieure qu'on observe chez elle. On sait cependant qu'à son entrée à l'asile, qui remonte à plus de vingt ans, les mouvements stéréotypés étaient plus amples et rappelaient ceux que fait un cordonnier en travaillant. Les autres malades disaient d'elle à ce moment : « Elle coud des chaussures. » La malade meurt. D'un vieux cousin qui vient à l'enterrement on apprend qu'elle était tombée malade à la suite d'un chagrin intime ; son ami, cordonnier de sa profession,

l'avait abandonnée (cas de Jung). Le mouvement stéréotypé a maintenant un sens, un contenu. Ceci ne veut pas dire qu'il faille nécessairement admettre que le chagrin intime ait été la cause efficiente de l'affection.

On a fait de Bleuler un psychoanalyste. Ceci n'est pas exact. Bleuler n'a jamais admis la théorie psychoanalytique de la schizophrénie. Le côté psycho-clinique sert ici de régulateur ; il prime les autres. Bleuler a encore moins professé la psychogénèse de la schizophrénie. Il attribue aux complexes un rôle très important, trop important même pour nous, dans la genèse des symptômes, mais la schizophrénie, en tant qu'affection, repose, dans toute son étendue, jusqu'aux cas les plus légers, jusqu'à la schizophrénie latente inclus, sur une base organique.

3) Un facteur d'ordre organique est ainsi pour Bleuler le point de départ de la schizophrénie. Ce facteur se manifeste, dans le domaine mental, avant tout par le trouble particulier des associations dont nous avions parlé plus haut, ou comme dira plus tard Bleuler par un relâchement des associations (Lockerung der Assoziationen). Ce relâchement constitue le trouble mental primitif. Bleuler en fait découler tous les autres. Par contre, il ne fait pas de la perte de contact vital avec la réalité le point central de sa conception. Il ne l'envisage pas ainsi. De là une certaine dualité entre la conception de mon maître et la façon dont je l'avais présentée (1). Je m'étais efforcé d'adapter mon travail à la mentalité du lecteur français et ne cherchais qu'à inciter celui-ci à étudier l'œuvre de Bleuler dans l'original. Je ne pouvais pas non plus soupçonner que c'est justement sur la notion de perte de contact vital avec la réalité que porterait plus particulièrement la discussion et qu'elle deviendrait le point de départ de recherches ultérieures. Quoi qu'il en soit, il paraît utile de remettre aujourd'hui les choses au point, ceci dans l'intérêt même de la discussion. C'est dans ce but que

(1) Cette dualité a été fort bien mise en évidence par Villey-Desmesarets. « Contribution à l'étude des doctrines en médecine mentale. » *Thèse de Paris*, 1924, p. 74.

je viens réclamer la paternité de la notion de perte de contact avec la réalité, en tant que trouble essentiel de la schizophrénie.

Les côtés psycho-clinique et psycho-analytique n'épuisent pas la conception bleulérienne. Il existe en plus en elle un côté *pratique et thérapeutique*. Cet aspect du problème a été trop souvent négligé jusqu'ici.

Nayrac, dans sa thèse, va jusqu'à comparer la schizophrénie avec la géométrie non-euclidienne, « superbes monuments logiques... qui seraient bien en peine de nous aider à construire la moindre chaumière ». Certes, la société d'un génie de l'envergure du mathématicien Lobatchevsky ne saurait être déshonorante même pour un psychiatre. Pourtant on ne saurait imaginer critique plus injustifiée, critique plus « à côté » que celle-ci. Car Zurich, où, comme le disent les mauvaises langues, à la descente du train déjà on vous classe invariablement parmi les schizophrènes ou tout au moins parmi les schizophrènes latents, est devenu, malgré le scepticisme inné de Bleuler, le centre d'un mouvement puissant, justement d'ordre thérapeutique. Nous ne pouvons qu'énumérer brièvement les principales mesures prises : création d'un des premiers dispensaires psychiatriques en Europe, extension du placement familial et de la thérapie du travail, sorties précoces, préconisées et appliquées avec succès surtout par Repond, traitement psychothérapique qui, en s'inspirant en partie de la psychoanalyse, essaie de supprimer certains symptômes, en élucidant les complexes qui sont à leur base, mais qui, par-dessus cette exploration psycho-analytique, cherche avant tout, par tous les moyens possibles, dictées souvent par l'intuition, à établir le contact affectif avec le malade et à le sortir de son autisme ; usage d'agents médicamenteux, employés non pas tant en raison de leurs propriétés pharmacodynamiques, qu'en raison du changement dans la situation générale qu'ils déterminent, en transformant, d'une façon passagère, le malade mental en malade somatique, à l'aide d'une élévation de température ou d'une narcose plus ou moins prolongée (p. e. nucléi-

nate de soude, somnifène, etc.) ; suivi ensuite de mesures appropriées, comme changement de milieu ou intervention psychothérapique, ce traitement donne parfois d'excellents résultats, en permettant de briser cete fixité, qui est l'apanage des réactions et des attitudes schizophréniques ; enfin, en plus de tous ces procédés et bien davantage qu'eux, intervient ce facteur insaisissable, ne se laissant pas aisément traduire par des paroles et qu'avec Bleuler nous pouvons appeler *spiritus loci*, ce *spiritus loci* qui émane de la conception bleulerienne et qui consiste dans le fait qu'on aborde le schizophrène non plus comme dément, mais justement comme schizophrène, c'est-à-dire comme malade pour lequel on peut faire quelque chose, du point de vue médical ; cette pensée et l'attitude qu'elle détermine, en se propageant du chef de service, par l'intermédiaire des médecins-assistants, jusqu'au personnel infirmier, crée une atmosphère générale, susceptible par elle-même de combattre efficacement l'autisme du malade. Aussi paradoxal que ça puisse paraître, l'idée de curabilité a, dans le domaine de la schizophrénie, par elle-même un effet curatif.

Nous ne prétendons pas qu'on sache guérir tous les schizophrènes à Zurich. On n'y connaît pas de traitement causal, aussi peu qu'ailleurs. Cependant, la schizophrénie a changé d'aspect, depuis que Bleuler dirige l'asile de Zurich. Beaucoup plus de schizophrènes vivent en dehors de l'asile, dans des conditions bien plus rapprochées de la vie normale qu'avant ; la durée moyenne de l'hospitalisation a diminué ; quant aux états terminaux, à tous ces « déments » qui, figés et stéréotypés, garnissaient avant les salles d'asile, Bleuler se plaint lui-même de ne plus pouvoir en montrer à ses élèves ; il n'y en a pour ainsi dire plus. Des avantages considérables, non seulement d'ordre médical, mais également d'ordre budgétaire, ont été réalisés ainsi.

Ce côté thérapeutique de la conception bleulerienne a pour conséquence de nous faire réfléchir à deux reprises avant d'en soustraire la moindre par-

celle. Dans aucun cas, nous ne saurions admettre, de ce point de vue, la réduction de cette conception aux limites de la schizophrénie simple, à l'exclusion de toute l'hébéphréno-catatonie. Ceci reviendrait à détruire ce qu'il y a de plus essentiel dans l'œuvre de Bleuler, car la schizophrénie simple a autant de valeur seulement qu'elle vient projeter, du point de vue théorique et pratique, une lueur nouvelle sur les formes plus graves de l'affection. L'effort thérapeutique de Bleuler a porté surtout sur ces dernières.

Nous serons brefs en ce qui concerne la schizoïdie. Dans la psychiatrie moderne, la constitution joue un rôle prépondérant. On poursuit les particularités de la psychose par-dessus le début des manifestations nettement psychotiques et arrive ainsi à différencier les constitutions, en calquant, pour ainsi dire, leur classification sur celle des psychoses. Il suffit de rappeler les travaux de Dupré et de son école et le livre récent de Delmas et Boll sur la « Personnalité humaine », où cette méthode est poussée, par-dessus les caractères anormaux, jusque dans le psychisme normal, de sorte qu'une disposition psychique particulière est attribuée à chaque psychose admise. Cette même façon de procéder préside à l'élaboration des notions de schizoïdie et de syntonie, corrélatifs caractérologiques des deux grandes entités nosologiques, opposées, dans le domaine des psychoses endogènes, par Kræpelin et par Bleuler : de la démence précoce ou schizophrénie d'une part, et de la folie maniaque-dépressive de l'autre. La circonstance que deux écoles tout à fait différentes appliquent la même méthode, ne peut ne pas plaider en faveur de la valeur de celle-ci.

C'est ainsi que Kretschmer, en prenant pour point de départ la schizophrénie de Bleuler, introduit la notion de schizoïdie. La schizoïdie embrasse toutes les particularités de comportement qui peuvent être considérées comme prédisposition aux troubles de nature schizophrénique. Il existe de nombreuses variétés de schizoïdie. Nous trouvons parmi les

schizoïdes des hommes d'action et des rêveurs, des hypersensibles et des indifférents, des irritables et des impassibles, tous cependant traduisent, dans toutes leurs réactions et leur façon d'être, un trait particulier et spécifique : il y a toujours comme un désaccord entre eux et l'ambiance ; la note chaude et accueillante qui caractérise toutes les manifestations du syntone, la faculté de vibrer, à chaque instant et à chaque occasion, avec l'ambiance leur fait défaut.

Les liens de parenté entre les diverses formes de schizoïdie, ainsi qu'entre la schizoïdie et la schizophrénie, sont établis et prouvés à l'aide de recherches étendues sur l'hérédité des maladies mentales et des particularités de comportement. En plus, pour diminuer encore davantage l'incertitude qui plane au-dessus de toute recherche purement psychologique, Kretschmer introduit un nouveau critère extrinsèque, précis et même mesurable cette fois-ci. A la suite de nombreuses mensurations anthropométriques, des types physiques bien déterminés sont attribués, d'une façon univoque, aux schizophrènes et aux schizoïdes, d'une part, et aux maniaques dépressifs et aux syntones, de l'autre. L'affinité entre la schizoïdie et la schizophrénie est prouvée ainsi, une fois de plus. Aucune critique substantielle ne saurait négliger cette partie importante de l'œuvre de Kretschmer.

Il nous reste à tirer quelques conclusions de ce qui vient d'être dit :

La schizoïdie vise une constitution particulière, c'est-à-dire un facteur inné et immuable, autant qu'il en existe dans l'être vivant, qui se modifie et évolue constamment. La schizophrénie, elle, précise une affection mentale, en voie d'évolution, qui vient éclore sur le terrain de la schizoïdie. Les deux notions sont ainsi nettement délimitées, l'une par rapport à l'autre.

La schizoïdie ne saurait en aucun cas constituer un diagnostic là, où nous nous trouvons en présence de troubles psychotiques, tant soit peu accusés, évoluant sous nos yeux.

Il ne semble guère exister de place entre la schizoï-

die et la schizophrénie pour une notion intermédiaire, ces deux notions étant opposées l'une à l'autre en tant que constitution immuable, d'une part, et processus en voie d'évolution, quelles que soient sa gravité et son intensité, de l'autre.

Il nous reste à dire quelques mots sur la façon dont se présente maintenant le problème : démence précoce et schizophrénie.

La première question qui se pose à ce point de vue est de savoir s'il existe une démence précoce, dans le sens strict du mot, à côté de la schizophrénie, envisagée dans toute son étendue, telle qu'elle a été délimitée par Bleuler. Nous aurions alors à comprendre sous le nom de démence précoce une affection débutant dès le jeune âge, caractérisée au cours de ses phases évolutives avant tout par l'affaiblissement intellectuel et aboutissant à un état de démence vraie. Pour pouvoir cependant aborder ce problème, il faut s'entendre sur le sens donné au terme : « affaiblissement intellectuel ». Nous ne saurions trop mettre en garde contre l'emploi abusif de ce vocable. Il ne paraît guère justifié de l'appliquer, sans distinction, à tout état de déchéance mentale. Il y a lieu de le réserver, d'accord avec Chaslin et bien d'autres, uniquement au déficit, caractérisé par une défaillance des facteurs vraiment intellectuels, en premier lieu de la mémoire et du jugement, telle que nous la trouvons réalisée dans la paralysie générale, ou dans la démence sénile. Il en est de même du terme « démence ». Certes, arrivées à leur stade ultime, les diverses affections mentales peuvent fort bien se ressembler extérieurement, comme un tas de déchets en ressemble à un autre. Mais l'inspection d'un cadavre ne nous permet pas non plus de dire si l'individu est mort d'un cancer de l'estomac ou d'une tuberculose pulmonaire. Ceci ne nous fait pas confondre les deux affections. L'autopsie et l'observation clinique, recueillie avant la mort, nous éclairent. Il en est de même dans le domaine mental. Deux tas de déchets peuvent paraître identiques. Ce n'est souvent, cependant, qu'une appa-

rence trompeuse. Une analyse un peu plus approfondie démontre que les différences, ayant caractérisé les phases ultérieures de deux affections, se retrouvent dans les stades ultimes et permettent ainsi de les différencier. Ceci concerne plus particulièrement les états terminaux des schizophrénies graves et ceux de la paralysie générale, par exemple. Je rappelle ici mes propres recherches dans ce domaine (Société de psychiatrie, février 1924), ainsi que la conception des plus intéressantes, développée par Dide et Guiraud sur la démence précoce, dans le sens large du mot.

Ceci une fois dit, existe-t-il une démence précoce, dans le sens strict du mot, à côté de la schizophrénie bleulerienne ? Personnellement, je n'ai pas vu de cas méritant ce nom. M. Guiraud, avec lequel j'ai eu le plaisir de m'entretenir de cette question, me disait qu'il avait observé quelques cas de ce genre, qu'il s'agissait là de raretés cliniques et que des lésions étendues dans le cerveau et la moelle étaient alors de règle. Si ces cas existaient, nous devrions évidemment les séparer de la schizophrénie, ceci sans porter atteinte, le moins du monde, à la notion bleulerienne, puisqu'au fond elle n'a jamais cherché à les englober.

Si, maintenant, nous nous transportons dans le domaine de la schizophrénie elle-même, nous y trouvons, à côté de cas graves, évoluant rapidement, pour aboutir à un état définitif de déchéance schizophrénique, des cas plus légers, progressant lentement, paraissant parfois rester stationnaires pendant de longues années, ou se terminant par des rémissions complètes que, pratiquement, il est permis de considérer comme des guérisons.

Pouvons-nous délimiter ces deux groupes de cas et y a-t-il lieu surtout de les considérer comme deux entités distinctes, en en désignant chacune d'un nom particulier ? Je ne le crois pas. La séméiologie, le côté psycho-clinique, sur lequel nous devons appuyer notre diagnostic, ne présente pas de différences suffisantes pour nous permettre d'établir une distinction pareille. Les mêmes symptômes essentiels se retrou-

vent dans les deux groupes de cas. Au cours des poussées évolutives, qui se produisent dans les cas légers, se terminant par une rémission complète, combien de fois est-il question d' « aspect démentiel » du malade. D'autre part, nous connaissons des guérisons tardives et inattendues, survenant après de longues années de maladie, là où on était sûr de se trouver en présence d'une déchéance complète et définitive. Il est utile de relire à ce point de vue les descriptions tellement instructives, données par Chaslin, du comportement des fous discordants. Ce n'est ainsi, bien souvent, que nous pouvons statuer sur la gravité du cas, qu' « après coup ». Au cours des phases évolutives, aussi courtes et rapides qu'elles puissent être, une discrimination pareille n'est pas possible. Les similitudes séméiologiques prévalent ici. Il ne faut pas oublier non plus que la gravité du cas ne dépend pas uniquement de l'intensité du facteur pathogène, mais aussi de la résistance que lui oppose l'organisme. Nous ne séparons pas les fièvres typhoïdes mortelles de celles qui ne le sont pas. L'identité séméiolologique, l'affinité qui existe entre les états terminaux, auxquels aboutissent rapidement les cas graves, et les traits essentiels de tout processus schizophrénique, les recherches généalogiques, permettant de constater dans la même famille des cas graves à côté de cas plus légers, les mensurations anthropométriques de Kretschmer, les résultats thérapeutiques, obtenus par l'école de Bleuler, plaident, jusqu'à preuve du contraire, en faveur de l'opinion qu'il s'agit là uniquement de différenees de degré et non de différences de nature.

Discussion

Sur la proposition du Pr Claude, la discussion sur la schizophrénie amorcée par la communication de M. Minkowski est remise à la prochaine séance.

Confusion mentale datant de plus de deux ans guérie à la suite d'une injection de térébenthine

Par MM. P. GUIRAUD et Ch. CHANES

Une femme de 28 ans sans antécédents héréditaires ou personnels notables ayant déjà eu deux enfants dans des conditions normales accouche pour la troisième fois à la fin du mois d'avril 1923. Dix jours après, elle présente des troubles mentaux : insomnie, volubilité, fuite des idées, irritabilité, propos ironiques et hostiles contre l'entourage. L'agitation bruyante nécessite l'internement le 12 mai 1923.

Nous notons dans le certificat immédiat : Excitation psychique à type maniaque avec fuite d'idées, instabilité d'humeur. Onirisme nocturne à teinte triste. Tachycardie. Hypotension. Fièvre légère 38°. L'évolution de la maladie qui a duré plus de deux ans peut se schématiser en trois périodes.

1° Phase de confusion grave avec atteinte diffuse des centres nerveux et mauvais état général.

2° Phase de confusion chronique avec onirisme coïncidant avec état physique assez satisfaisant.

3° Phase de guérison rapide consécutive à un abcès par injection de térébenthine.

La première période pendant laquelle la vie de la malade a été presque constamment en danger a duré deux mois. Dès le lendemain de son entrée, Mme S. est dans un état de confusion accentuée. Elle ne reconnaît personne, est désorientée, se demande si elle ne devient pas folle. La fuite des idées du début est remplacée par une loquacité intarissable, des cris avec raucité rapide, des fragments de phrases incohérents, des bribes de chansons, des grossièretés. L'orinisme est très intense surtout la nuit. La malade regarde au plafond, montre le poing à des personnages imaginaires, interpelle son père, son mari, regarde sous son lit. L'agitation motrice est extrême avec lacération des

vêtements, coups de poing dans les carreaux, lutte avec les infirmières.

L'atteinte diffuse des centres nerveux se manifeste par des crises de raideur généralisée, ou des convulsions qui font sauter la malade dans le lit. « Elle a le visage violacé et bave une mousse blanchâtre », disent les rapports des infirmières. Ou bien « elle a eu une crise qui a tout à fait l'apparence d'une crise d'épilepsie, son corps était complètement raide et elle avait gros comme le poing d'écume à la bouche. » A d'autres moments nous constatons des grimaces, des secousses myocloniques dans les muscles de la face et surtout du grincement des dents qui dure pendant des heures comme on en observe chez les paralytiques généraux.

La malade maigrit rapidement, s'alimente mal ou pas du tout, ce qui nécessite l'alimentation à la sonde pendant une dizaine de jours. L'urine contient de l'albumine (0,25), du sucre qui n'a pas été dosé, pas d'acidose, ni d'acétone. La quantité est très réduite mais difficile à mesurer à cause du gâtisme. L'examen du sang montre une azotémie assez importante (0,87). Le Wassermann est négatif. Le sérodiagnostic est négatif pour l'Eberth et les paratyphiques. L'examen gynécologique élimine la possibilité d'infection utérine.

La ponction lombaire est négative (lymphocytose, benjoin, Wassermann). Le liquide céphalo-rachidien contient seulement 0,33 de glucose. Le traitement institué consiste en sérum glucosé, régime lacté, injections de théobryl, surrénale (à cause de l'hypotension (13-7) et d'un certain degré de pigmentation abdominale).

Après être restée dans un état inquiétant pendant deux mois, la malade s'améliore peu à peu. Un abcès de fixation est pratiqué et incisé quatre jours après avec un résultat peu appréciable. L'urine redevient normale, de même que l'azotémie (0,36). L'appétit est bon. La fièvre disparaît. Mais contrairement à ce que l'on pouvait espérer l'amélioration mentale ne progresse pas et le poids n'augmente pas (34-35 kg.).

Pendant deux ans, la malade reste dans le même état. Elle s'alimente copieusement et même avec glou-

tonnerie mais reste toujours maigre. Le sommeil est très irrégulier et ne dure que quelques heures par nuit. Les règles sont complètement supprimées. L'agitation est continuelle. La malade court dans le jardin, crie jour et nuit, déchire ses vêtements, reste malpropre. Au point de vue mental, la confusion persiste. La désorientation dans le temps et dans l'espace est absolue. Les infirmières, les médecins sont pris pour des personnes autrefois connues : son grand-père, sa tante, M. Rocher etc. L'attention est absolument impossible à fixer. Nous avons essayé à maintes reprises de faire lire le journal par Mme S., de lui montrer la date, elle est toujours restée indifférente. Son mari et ses parents qui viennent la visiter sont assez souvent reconnus, mais habituellement injuriés. La loquacité continue, s'extériorise par des chansons, des grossièretés, des séries de mots groupés par assonances. L'onirisme très fréquent, avec hallucinations auditives et visuelles, se reconnaît à des réponses à des êtres imaginaires, à des injures adressées au plafond ou à la fenêtre, à des gestes expressifs.

Devant la persistance de cet état confusionnel et onirique, nous pensons que l'épuisement toxique de l'encéphale peut être en jeu et nous utilisons à de nombreuses reprises une thérapeutique par des reconstituants : cacodylate de soude à haute dose, ferrugineux, phytine, ferrophytine, hémosthyl, cérébrocrinol sans résultat appréciable. La disparition des règles est combattue sans succès par l'agomensine, l'ocréine, l'extrait d'ovaire. En mai 1925, nous obtenons seulement l'apparition de menstrues peu abondantes.

Le 15 août 1925, nous pratiquons de nouveau l'injection de 1 cc. d'essence de térébenthine à la cuisse. La réaction habituelle se produit ; le lendemain de l'injection, la température atteint 39°8, pour décroître rapidement et disparaître en six jours. Une tuméfaction rouge, chaude, non fluctuante, apparaît à la cuisse et se résorbe lentement en une quinzaine de jours. L'agitation devient plus vive que d'ordinaire. Vers le 10e jour après l'injection, nous constatons la réappa-

rition de grimaces et de secousses myocloniques dans les muscles de la face, phénomène disparu depuis plus de deux ans. Le 12e jour, alors que la tuméfaction de l'abcès est en pleine décroissance, la malade devient subitement plus calme. Elle prend ses repas tranquillement à la salle à manger avec les autres pensionnaires. Le lendemain, elle demande spontanément du papier et un crayon et écrit à son mari, à peu près en ces termes : « Pourquoi m'avez-vous amenée dans cette drôle de maison, vous rendez-vous compte du bruit que font toutes ces folles autour de moi ? Il faut que vous soyez vous-même un peu piqué pour avoir fait cela. Pourquoi avez-vous accepté qu'on me coupe les cheveux, alors que vous savez que mon père ne peut pas supporter cette nouvelle mode ? J'espère que vous allez m'apporter des vêtements plus convenables et me ramener à la maison. »

L'amélioration progresse très rapidement et permet de se rendre compte de l'intensité de la confusion et de l'activité des idées délirantes oniriques. Mme S. se demande si la personne qui la visite est vraiment son mari ; elle le trouve beaucoup changé et le reconnaît à peine ; de même pour ses parents et ses enfants, qu'elle refuse d'embrasser. Elle craint que ses aliments soient empoisonnés, elle empêche son mari de goûter au chocolat. Elle répète souvent : « Nous devons être hypnotisés, on nous envoie de mauvaises pensées. » Elle fait des passes magnétiques, dit-elle, sur le visage de ses parents, des infirmières, sur le sien, pour chasser les influences mauvaises. Elle réclame avec insistance son départ.

L'examen mental, pratiqué le 31 août, 15 jours après l'injection de térébenthine, permet de constater une lacune mnésique s'étendant à toute la durée de la maladie.

— *Depuis combien de temps êtes-vous ici ?*
— Je n'ai pas la notion du temps ; ici, on ne vit pas.
— *Où êtes-vous ?*
— Dans une Maison de Santé.
— *Comment êtes-vous tombée malade ?*
— A la suite d'une discussion.

— *Combien avez-vous d'enfants ?*

— Deux (elle oublie le dernier).

— *Où étiez-vous l'année dernière ?*

— J'étais à la mer, à Trégastel. J'y suis allée en automobile, c'était très joli. C'est une ville de miracles ; on y va en pèlerinage.

— *En quelle année cela se passait-il ?*

— En septembre 1924 (en réalité en septembre 1922).

— *En septembre 1924 vous étiez ici.*

— Mais non.

— *Avez-vous eu des visions pendant la nuit ?*

— Oui, j'ai vu les morts se lever du cimetière dans une ville de Bretagne ; c'est très impressionnant. Quand j'étais en Bretagne, je ne voulais pas que mon mari prenne des photographies, je trouvais que c'était violer la nature. Il voulait photographier le soleil ; il y a un Dieu sur tous les territoires. Cette nuit encore je me suis couchée ; il m'a semblé que mon mari venait ; comme j'ai peur de son ombre, j'ai mis les couvertures sur ma figure. Je crois que les morts reviennent. Mon mari croit à la tombe, moi à la résurrection. J'ai vu dans un cimetière un mort se lever en chapeau haut-de-forme.

— *Pourquoi répétez-vous sans cesse votre nom de jeune fille ?*

— Parce que c'est un nom illustre. C'est le nom d'un général de la Révolution (exact).

Les jours suivants onirisme et confusion s'amendent avec une étonnante rapidité. L'appétit est dévorant, l'embonpoint progresse à vue d'œil, la physionomie embellit et se transforme, l'intonation rauque et désagréable disparaît.

La malade sort le 9 septembre en très bon état physique et mental. Nous avons eu de ses nouvelles fin décembre. La guérison se maintient, l'activité est normale, la mémoire des événements antérieurs à la maladie est parfaitement conservée. La lacune mnésique persiste mais incomplète, un assez grand nombre de souvenirs du séjour à la Maison de Santé sont conservés.

Le diagnostic prête peu à discussion. Dans le groupe

encore disparate des psychoses puerpérales, notre observation doit se classer parmi les confusions éclamptiques ou post-éclamptiques, puisqu'elle a été associée au début à des convulsions, à de l'albuminurie, à de l'azotémie. L'auto-intoxication gravidique ou post-gravidique du mécanisme mal connue est responsable de tous ces symptômes. Ce cas nous paraît mériter un certain nombre de remarques :

1° La confusion mentale même très prolongée doit être distinguée de l'hébéphréno-catatonie ou de la démence précoce si l'on préfère ce terme. Nous avons toujours refusé malgré les sollicitations de nos internes successifs de placer la fiche de cette malade dans le casier de la D. P. A côté des signes positifs de confusion et d'onirisme, nous n'avons jamais trouvé aucun symptôme caractéristique de la D. P. ; aucun fléchissement de l'affectivité et de l'intérêt vital contrastant avec une perception claire du monde extérieur, au contraire toujours a persisté une obtusion globale de toutes les fonctions psychiques. Jamais ne sont apparus ni stéréotypies, ni phénomènes catatoniques, ni syndrome physique de la D. P. C'est pourquoi nous avons toujours maintenu un pronostic de curabilité malgré la prolongation de la maladie. Le mode de guérison qui a été presque un réveil rapide et simultané de toutes les fonctions psychiques confirme bien notre point de vue.

2° Nous étions convaincus que cette malade si amaigrie et si agitée depuis deux ans avait ses centres nerveux dans un état de dénutrition tel que même si elle guérissait, elle ne le ferait que très progressivement et nous pensions obtenir ce résultat par des reconstituants de la cellule nerveuse : phosphores, lipoïdes cérébraux, etc. Ces médicaments semblent avoir eu très peu d'action et la guérison contrairement à nos prévisions a été rapide.

3° Nous estimons que l'abcès par injection de térébenthine a joué un rôle capital dans la guérison. La coïncidence est évidente. L'amélioration a été précédée par une phase d'agitation insolite pendant toute la durée de l'abcès ; et, particularité digne de remar-

que, les myoclonies et les grimaces semblables à celles du début et de localisation identique ont reparu, indiquant qu'une réaction se produisait dans les centres nerveux atteints.

La question des abcès dits de fixation bien étudiés en médecine mentale par Mlle Pascal a été reprise récemment à la Société médicale des Hôpitaux. M. Comby s'est élevé avec véhémence contre cette méthode qu'il estime inefficace et dangereuse. Nous avons pratiqué l'abcès à la térébenthine dans une trentaine de cas sans constater aucun inconvénient. Nous n'avons incisé l'abcès que 4 fois (dans les cas où il devient très fluctuant avec tendance au décollement). D'ordinaire, il se produit une tuméfaction dure inflammatoire qui se résorbe spontanément en une vingtaine de jours. Nous n'employons jamais plus d'un centimètre cube de térébenthine, souvent 1/2 centicube répété deux ou trois fois à une dizaine de jours d'intervalle.

A notre avis, les indications sont :

a) Au début des confusions mentales graves de tout ordre pouvant faire craindre le délire aigu. Mais il est important de pratiquer l'injection avant que l'état général soit trop affaibli.

b) Dans les confusions mentales prolongées ; dans tous les états tendant à la chronicité où une cause infectieuse ou toxique initiale peut être soupçonnée (fièvre typhoïde, grippe, insolation, etc.).

c) Dans les cas où l'on veut obtenir des chocs relativement bénins pour renforcer l'action des arsénicaux ou du bismuth (traitement de la paralysie générale). Nous employons alors l'huile d'olive térébenthinée à 1/5, 1 ou 2 centicubes sous-cutanés tous les 10 ou 15 jours.

Dans les autres maladies mentales (psychoses périodiques, démence précoce), nous estimons que le résultat de ce traitement est peu appréciable.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
BUSSARD, GUIRAUD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Nouvelles observations relatives à l'origine et à la thérapeutique de la dystrophie musculaire végétative progressive, par A.-E. TCHERBACK (Sébastopol). *Revue Franco-Russe de Médecine et de Biologie* (1). Juin-septembre 1925.

L'auteur rappelle sa théorie, formulée en 1921, sur la pathogénie de l'atrophie musculaire dite « myopathique » ; il s'agirait non pas d'une affection primaire des muscles, mais de troubles du système nerveux végétatif, plus particulièrement de l'innervation d'origine sympathique des muscles. Il cite, à l'appui de cette conception, l'observation d'une jeune fille qui, à la suite de plusieurs opérations, faites pour tuberculose des glandes cervicales profondes, présenta de la faiblesse et de l'atrophie des muscles de la région scapulo-humérale des deux côtés et de la pseudo-hypertrophie de certains muscles, en particulier des grands pectoraux. Elle présentait en même temps du ptosis, du myosis et de l'enophtalmie du côté droit, preuves d'une lésion du sympathique cervical droit, déterminée par les opérations. La dystrophie musculaire était également plus accusée du côté droit.

Cette conception mena à l'application systématique d'adrénaline aux cas d'atrophie musculaire myopathique, soit par voie buccale, 3 fois par jour, 3 à 30 gouttes d'une

(1) Cette nouvelle revue a pour but le rapprochement scientifique entre la France et la Russie. Elle se compose de deux éditions entièrement différentes, quant à leur contenu. L'édition russe est constituée par des travaux de savants français, traduits en russe, tandis qu'au contraire l'édition française présente aux lecteurs français des recherches de savants russes.

solution au millième, pendant deux mois, soit en injections hypodermiques de 0,2 à 0,4 cm³ de la même solution, faites tous les jours ou tous les deux jours pendant six semaines. L'auteur employait simultanément l'arsonvalisation qui, à elle seule, cependant ne donnait aucun résultat. L'auteur présente l'observation du douzième cas, traité de cette façon. Le début de l'affection remontait à treize ans. Le malade avait été réduit progressivement à un état tout proche de l'invalidité complète. Le traitement donna un résultat fort appréciable. Une restitution fonctionnelle presque complète des muscles atteints fut obtenue. Le malade était arrivé à faire, sans fatigue, des marches de vingt kilomètres. Une certaine rétrocession de l'atrophie musculaire fut constatée en même temps. Ce résultat concorde avec ceux obtenus antérieurement. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'affection est moins avancée. Le traitement a également une influence favorable sur l'atrophie musculaire progressive, dite névritique, qui vient se joindre assez souvent à la dystrophie.

E. MINKOWSKI.

Sur l'application de l'hypnose en chirurgie, accouchement et gynécologie, par C. PLATONOFF et G.-Z. VELVOSKY, professeurs (Kharkoff). *Revue Franco-Russe de Médecine et de Biologie.* Juin-septembre 1925.

En s'appuyant sur vingt et une observations, concernant l'application de l'anesthésie suggérée, soit à l'état de sommeil hypnotique, soit à l'état post-hypnotique, dans des cas d'accouchements, d'opérations gynécologiques, d'interventions chirurgicales diverses, d'extractions dentaires, les auteurs se montrent satisfaits des résultats obtenus. Là où on ne réussit pas à réaliser rapidement l'anesthésie, on peut avoir recours aux méthodes mixtes, préconisées par Kirstein et Nassauer, c'est-à-dire, soit à la narco-hypnose, soit à l'hypno-narcose. La première de ces méthodes consiste en l'application de l'hypnose au malade, mis préalablement dans un état de légère narcose, la seconde recommande de donner au malade à l'état d'assoupissement hypnotique des narcotiques usuels. Dans les deux cas la quantité de narcotique employé est insignifiante, ce qui présente, du point de vue des complications possibles, un réel avantage.

E. MINKOWSKI.

PSYCHIATRIE

Les rapports entre la pensée et la vie affective dans certains cas de schizophrénie, par Mme ANNA GRUSZECKA. (Travail de la clinique psychiatrique de la Faculté de Posnan. Directeur : Prof. Dr Bozowiecki). Travaux de la Société des Amis de la Science, à Posnan, section médicale, 1924 (en polonais).

Il s'agit d'une analyse détaillée d'un cas de schizophrénie. Dans le cas étudié les rapports entre les troubles de la pensée et ceux de la vie affective ressortent avec une netteté exceptionnelle. Ce cas appartient à cette forme de schizophrénie qui se distingue par un fonctionnement magique (prélogique) du psychisme et dans laquelle la vie intérieure (affective) du sujet se trouve modifiée, d'une façon morbide, dans sa totalité. Il ne s'agit pas là d'un trouble primaire de telle ou telle fonction psychique, prise isolément, mais d'une transformation pathologique de toute la vie intérieure (transformation consécutive évidemment à une affection ou modification organique de nature encore inconnue). Cette vie affective morbide est subordonnée en premier lieu à la loi dite « loi de participation ». Cette loi consiste en ceci que les malades établissent, d'une façon immédiate, des rapports étroits, allant jusqu'à l'identité, entre une foule de choses, d'événements, d'idées, de même qu'ils sentent fusionner leur propre personne avec les personnes et les objets qui les entourent. De plus, ils ont la sensation d'être unis au monde extérieur par un nombre extraordinaire de liens et perçoivent dans leur entourage, dans chaque mot, dans chaque lettre, dans chaque chiffre une multitude de significations nouvelles qu'on pourrait appeler mystiques. Une analyse plus approfondie de tous ces troubles dans le cas étudié ainsi que leur confrontation avec de nombreuses observations antérieures ont permis de relever les faits suivants. Les troubles de la pensée, notamment son état chaotique, le maniement d'une foule d'idées qui s'enchevêtrent et se confondent, la décomposition des mots en lettres et syllabes, la pluralité des significations données à chaque vocable, tous ces phénomènes ne sont que la conséquence d'une transformation de la vie affective des malades. Mais loin de refléter fidèlement leur vie psychique morbide, ils n'en sont qu'une expression malhabile. Ceci provient du fait que ces malades, de même que tout individu normal, ne disposent, pour exprimer leur

état d'âme, que de certaines catégories d'idées, catégories qui sont propres à la mentalité de notre époque et qui sont assimilées au cours de l'enfance, en même temps que le langage. Il s'en suit que la schizophrénie, dans certaines de ses formes, peut présenter un certain décalage de la vie affective des malades, modifiée d'une façon maladive, par rapport à leur pensée qui n'a pas su se libérer encore de l'emprise des catégories logiques. Ainsi, ces deux phénomènes qui normalement créent un tout indivisible, subissent ici un processus de désagrégation. Mais alors le malade, comme on le voit nettement dans le cas décrit, s'efforce d'adapter sa pensée à sa nouvelle vie intérieure. Ce sont justement ces efforts, plus ou moins heureux, qui donnent lieu aux différents troubles de la pensée. Les troubles tellement étranges de la pensée des schizophrènes, tels la pluralité de significations des termes, leur identification et condensation, la création de néologismes ainsi que les troubles, mentionnés plus haut peuvent être considérés comme l'expression d'une pareille tentative d'adaptation.

E. Minkowski.

La schizophrénie, par O. Bielawski (Hôpital Psychiatrique public du Pays de Poznan à Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski).

Le concept de schizophrénie est basé sur des notions purement psychologiques ; il ne tient pas compte suffisamment de la réalité psychiatrique. Sur le nombre total de malades de l'asile du Burghölzli à Zurich, 75 p. 100 sont considérés comme des schizophrènes. Cette circonstance à elle seule fait supposer que nous rangeons sous la rubrique « schizophrénie », des affections différentes que nous sommes encore hors d'état de distinguer les unes des autres.

L'auteur pour cette raison, soumet à une revision la notion de schizophrénie et énumère les formes cliniques qui selon lui, devraient en être séparées. Il remet en vigueur des notions anciennes délaissées actuellement comme la folie périodique, la « melancholia attonita », etc. Il désigne du nom de « melancholia attonita » une affection indépendante, nettement délimitée du point de vue clinique dont le substratum anatomo-pathologique, consistant en une dégénérescence progressive, siègerait dans les noyaux gris du cerveau ; il propose aussi pour cette affection le nom de « psychose douloureuse ». Il sépare égale-

ment de la schizophrénie la catatonie (Kahlbaum) et l'hébéphrénie (Morel). Il considère toutes ces trois affections comme manifestations de dégénérescence, soit acquises à la suite de toxiinfections, soit héréditaire, de noyaux centraux. Il insiste, dans ces conclusions, sur la similitude de ces affections avec les troubles mentaux observés souvent à la suite de l'encéphalite léthargique (pseudo-catatonie, pseudo-hébéphrénie et mélancolie postencéphalitiques) et propose de s'appuyer, pour le diagnostic différentiel, des trois formes cliniques en question sur les symptômes organiques, traduisant une lésion des noyaux centraux.

Si on sépare de la schizophrénie les cas qu'on y rattache à tort et qui appartiennent à d'autres psychoses, comme la folie maniaque-dépressive, l'épilepsie, les psychoses réactionnelles, les bouffées délirantes chez les dégénérés, les paraphrénies, etc., si d'autre part on en sépare les trois formes, dont il vient d'être question, c'est-à-dire la forme hébéphrénique, la forme catatonique et la forme douloureuse, toutes les trois considérées comme manifestation de lésions des noyaux centraux, la notion de schizophrénie autant qu'entité nosographique, se réduit à néant, selon l'auteur. Tout au plus pourrait-on désigner de ce nom une constitution psychopathique particulière.

Impressions psychiatriques de l'étranger, par Alexandre Piotrowski (Hôpital Psychiatrique public du Pays de Poznan à Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil Al. Piotrowski).

L'auteur rapporte les impressions qu'il a eues en visitant des hôpitaux psychiatriques à l'étranger. En comparant l'asile de Dziekanka à ceux de l'étranger, il formule les conclusions suivantes.

Le directeur de l'hôpital psychiatrique Dziekanka est chargé inutilement de bagatelles administratives. Il n'est guère nécessaire que le directeur expédie lui-même toutes les affaires administratives, il suffit qu'il dirige l'administration de l'hôpital (1).

Contrairement à d'autres asiles, il n'existe pas à Dziekanka ni grilles, ni chambres d'isolement, ni camisoles de force, ni enveloppement, ni injections de scopolamine et de morphine, ni distributions schématiques en masse de

(1) L'autorité a déjà tenu compte d'une demande, formulée à ce sujet.

somnifères. Les aliénés ne sont pas alités. Les murs sont pour la plupart abolis.

La thérapeutique psychiatrique a pour but de maintenir les malades à un niveau social le plus élevé possible par la psychothérapie, par le travail (95-97 0/0 des malades sont occupés à toutes sortes de travaux), par l'éducation à la vie familiale et sociale.

A Dziekanka, il serait nécessaire de construire et d'installer un sanatorium pour les malades atteints de maladies nerveuses, un bâtiment spécial pour la physico-thérapie, un bâtiment spécial pour les ateliers, une boulangerie, il faudrait améliorer les laboratoires, reformer le contrôle du service de nuit, augmenter le nombre des médecins. (Résumé français publié dans la Revue *Norving Psychyatryczne*, Ozickawka, 1925).

PSYCHOLOGIE

Les opérations cardinales de l'esprit humain (Noble Pantagruel), par Alcuin Milliait (Dr William Nicati, de Marseille), 1 vol. in-8° de 608 pages. (Gaston Doin, éditeur, Paris, 1923).

Ce livre, dédié par l'auteur à la mémoire de Louis Ranvier, son maître, dont les découvertes physiologiques ont frayé la voie aux explications mécaniques de la pensée, est en quelque sorte une synthèse des études psycho-physiologiques qu'il a antérieurement publiées sous les titres de : *Psychologie*, *Philosophie*, *Religion*, *Perspective* et *Poésie naturelles*, chez Schleicher frères, de 1898 à 1915 ; et, pour établir un lien entre les diverses parties de son œuvre et en ajuster les divers fragments réunis, il a eu l'ingénieuse idée de la placer sous l'égide de Rabelais et d'inscrire au-dessous du titre le nom de son immortel héros, Noble Pantagruel.

Les cinq parties de ce volumineux ouvrage, véritable testament scientifique d'un médecin physiologiste et philosophe, bien connu, au surplus, par ses nombreux travaux de physique optique et d'ophthalmologie, sont consacrées : la première, d'abord, à la révélation d'un Rabelais insoupçonné, écrivant sous le voile du symbole, l'histoire naturelle de l'esprit humain. Pantagruel, c'est l'homme-esprit, l'omniscient ; Frère Jean, le héros dont les exploits sont une véritable école de la vie; Panurge, le jugement humain

avec tous ses flottements, ses doutes, ses incertitudes. La seconde cherche à établir que la pensée humaine est une force et que l'intelligence est chargée d'en assurer les répartitions. Cette partie, à elle seule, est un véritable traité de psychologie plein de vues ingénieuses et profondes. La troisième met en lumière les origines de l'art, des idées religeuses et de la poésie. La quatrième, extrêmement originale, met en scène Rabelais dialoguant avec les philosophes de tous les âges, critiquant leurs systèmes et cherchant un terrain de conciliation entre « les défaillances communes du positivisme et du spiritualisme acculés à la conciliation devant le miroir de Psyché ». La cinquième, enfin, sorte de synthèse de la morale universelle, s'essayant à une lointaine traduction du mot d'ordre de l'abbaye de Thélème, est, en quelque sorte, le résumé des défenses et préceptes communs aux codes de toutes les religions.

Ce qui précède n'est qu'une sèche table des matières, car, comment analyser en quelques lignes un livre aussi considérable par l'étendue et par la variété des sujets traités, aussi riche de substance, aussi original de forme et de doctrine, en un mot aussi personnel ? La tâche n'eût pas seulement dépassé mes forces ; elle eût été vraiment trop au-dessus de ma compétence ; il y faudrait la science universelle, car c'est à la fois l'œuvre d'un savant, d'un philosophe, d'un moraliste et d'un poète.

A. CULLERRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 15 Février 1926

Trois cas d'épilepsie chez des descendants de paralytiques généraux. — MM. MARCHAND et BAUER présentent 3 cas d'épilepsie idiopathique dans lesquels la Paralysie générale d'un des ascendants est le principal argument qui actuellement plaide en faveur de l'origine hérédospécifique du mal comitial.

Chez ces malades l'examen du sang est actuellement négatif et chez une de ces malades l'examen du liquide céphalo-rachidien ne donnc également que des résultats négatifs. On note cependant que chez deux de ces malades le Wasserman a été positif au moment de l'éclosion de l'épilepsie. Comme stigmatc on ne constate chez deux des malades que l'écartement des incisives supérieures. Les auteurs insistent sur la difficulté, dans de tels cas, de dépister l'origine hérédo-spécifique.

Catatonie, Torsion èt incurvation spasmodique de la tête et du tronc. — M. CAPGRAS et Mlle CULLERRE présentent une jeune fille dc 26 ans, manifcstant depuis décembre 1923, un syndrome catatonique ayant débuté par un épisode fébrile très fugace, suivi d'un état mélancolique avec idées de suicide. Depuis l'internement qui remonte au début de janvier 1924, l'état catatonique persiste et s'accompagne de mutisme absolu ; il est remarquable par l'existence de stéréotypies d'attitudes intéressantes par leur fixité et leur durée, de contractures et de phénomènes spasmodiques plus récents. La tête est habituellement tournée au maximum vers la droite, les yeux étant déviés en position extrême du même côté. Par intervallcs, ct surtout lorsqu'elle s'aperçoit qu'on l'observe, la malade, par une séric de secousses, réaiise une attitude complexe, constituée par l'hyperextcnsion et la rotation de la tête vers la droite, l'inclinaison latérale

du rachis, sa rotation sur l'axe vertical combinée à une lordose accentuée. Malgré l'analogie apparente qui existe entre cet ensemble symptomatique et les états traduisant l'exagération du tonus de posture, tels que la rigidité décérébrée, les auteurs ne pensent pas qu'il s'agisse d'altération mésocéphalique, mais plutôt de phénomènes comparables aux contractures, aux hypertonies décrites sous le nom de troubles moteurs réflexes ou physiopathiques.

Paralysie générale prolongée avec aphasie. — MM. DADAY, X. ABELY et BAUER présentent un sujet atteint depuis 1918, d'un syndrome de démence paralytique nettement caractérisé, et qui présente depuis 1922 un état psychique et physique stationnaire avec démence profonde et globale, troubles dysarthriques et parétoataxiques. Ce sujet est atteint en plus d'aphasie sensorielle (surdité et cécité verbale) et motrice avec troubles paraphasiques. Les auteurs insistent sur le caractère définitif de cette aphasie et sur son installation progressive, sans ictus apparents.

Névraxite infectieuse généralisée, MM. X. ABELY et BAUER. — Observation d'une affection neuro-psychique remarquable par son évolution. Il y a eu deux périodes : 1° période aiguë (atteinte généralisée du névraxe, sauf du mésencéphale ; confusion mentale ; paralysies complexes) ;

2° période résiduelle (au point de vue psychique : syndrome hébéphrénique ; au point de vue neurologique : paralysie flasque de l'extrémité des membres inférieurs). L'étiologie de cette affection est impossible à préciser. Le diagnostic d'encéphalite épidémique est peu satisfaisant.

Deux cas d'hérédosyphilis neurotrope. — Le Docteur Marie présente un cas de paralysie générale juvénile de 18 ans, fils d'une paralytique générale accouchée à l'asile où elle est décédée. Il s'agit d'une hérédo-syphilis neurotrope.

Il apporte un encéphale à lésion de méningo-encéphalite diffus. Le père du malade est décédé aussi lui-même de paralysie générale à l'asile.

Un cas d'amnésie par transfixion des lobes frontaux (coup de révolver après homicide, tentative de suicide à deux). (Observation rédigée par le Dr SONN). Rechute d'impulsions similaires à la suite d'éthylisme 5 ans après.

Etat parkinsonien post-encéphalitique, Mélancolie, par M. CAPGRAS et Mlle CULLERRE. — Il s'agit d'une femme de 48 ans, habituellement bien portante jusqu'en 1920. A cette époque, elle présente une pyrexie qualifiée de fièvre typhoïde avec somnolence, qui semble bien avoir été une encéphalite épidémique. Pas de séquelles immédiates, la raideur musculaire n'ayant été remarquée qu'en 1924. Depuis lors, cette rigidité s'est accentuée pour aboutir à un parkinsonisme post-encéphalitique typique, avec bradycynésie, sans tremblement, palilalie, salivation exagérée, sudation. Au point de vue mental on ne remarque d'abord qu'une certaine irritabilité et une bradypsychie nette.

Depuis mai 1925 cette femme présente un syndrome mélancolique, ayant débuté par de la céphalée, de l'insomnie, un état d'inquiétude diffuse. Actuellement il s'agit d'une mélancolie anxieuse avec idées confuses de persécution, frayeurs, hallucinations auditives, état panophobique, anxiété, pleurs.

A signaler la lenteur habituelle des mouvements et de la parole, contrastant avec la rapidité des gestes et des discours survenant par intervalles et aussi le caractère spécial du pleurer, voisin du pleurer spasmodique.

Un cas d'encéphalite épidémique aiguë à forme mentale, par MM. RAYNEAU, MARCHAND et DESHAYES. — Début brusque par un délire onirique entrecoupé de périodes de lucidité, par de la photophobie et de l'hyperacousie. Deux jours plus tard diplopie, secousses myocloniques, raideur de la nuque, température élevée. Délire aigu. Mort six jours après le début des accidents. Pas de lésions méningées inflammatoires; suffusions sanguines, intrapiemériennes ; infiltrations plasmatiques des parois vasculaires et nodules infectieux dans le pédoncule cérébral et le bulbe. Altérations cellulaires diffuses, d'ordre toxique aboutissant à une véritabe nécrose cellulaire. Nombreuses hémorragies capillaires. Ces lésions indiquent la malignité particulière du virus.

Syndrome mélancolique post-encéphalitique. Coexistence d'une mélancolie justifiée et d'idées mélancoliques délirantes, par M. LE GUILLANT. — Mlle G. Marguerite, 26 ans, encéphalite en 1919, parkinsonisme consécutif. Tentatives de suicide répétées en rapport avec des craintes justifiées au sujet de sa santé ; ennuis familiaux et déboires amoureux. En 1925, apparition d'un délire mélancolique. Confessions

répétées. Auto-accusations absurdes. Idées de pénitence. Refus d'aliments.

Intrication de réactions mélancoliques normales, à une situation triste et d'idées mélancoliques délirantes.

Amélioration passagère par l'hyoscine.

Tumeur de la base du cerveau d'origine pharyngo-hypophysaire. Nanisme. Moria, par M. TRÉNEL. — Présentation des pièces d'un cas du service du Dr Ducosté. Epithéliome de l'hypophyse avec envahissement de la base du cerveau; dilatation considérable de la portion frontale, des ventricules latéraux avec atrophie extrême des lobes frontaux. Il existe une dépression eupouliforme avec centre de la selle turcique élargie, vestige vraisemblable de l'orifice supérieur du canal crânio-pharyngien. Un petit prolongement de la tumeur y adhère faiblement. La tumeur provient vraisemblablement du tractus pharyngo-hypophysaire. Les organes génitaux sont peu volumineux mais non atrophiés. Les cellules spermatiques existent mais sont au stade de repos ; il n'y a pas de spermatozoïdes. Il existe des cellules interstitielles, mais en rares amas. Légère sclérose du corps thyroïde d'ailleurs d'aspect normal. Epiphyse normale. Capsules surrénales normales. Tous les viscères ont un volume infantile.

Cliniquement : arrêt de développement physique à l'âge de 14 ans. Nanisme hypophysaire. Le poids, à 20 ans, est de 36 kilogrammes.

Arrêt de développement intellectuel, perversions instinctives. Arrestation pour vagabondage. A l'asile, il présente le tableau de la *Moria* : excitation continue, pitreries, bavardages voilant une notable diminution intellectuelle. Brusquement, 3 mois après son entrée, il tombe dans un état dépressif avec mutisme. Amaurose progressive. Mort par cachexie à 22 ans.

Les faits à signaler sont, d'une part, la manifestation de symptômes psychiques réalisant une des formes des syndromes frontaux, d'autre part, la lenteur de la marche de l'affection, son insidiosité qui la fait méconnaître et l'aggravation brusque et rapide.

VARIÉTÉS

ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans sa séance du 22 mars, l'Académie a élu, à une grosse majorité, membre académicien libre le Dr Jean Charcot, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, l'explorateur bien connu.

Nous adressons à notre ami Charcot nos plus vives et nos plus affectueuses félicitations.

L'Académie des Sciences vient de lui décerner le prix de 100.000 francs, fondé par le prince de Monaco, récompense bien méritée pour les sacrifices personnels qu'il n'a cessé et ne cesse de faire à l'œuvre à laquelle il s'est consacré tout entier.

Henri Colin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Professeur Georges Dumas a été élu membre libre de l'Académie de Médecine, le 16 mars dernier, à une imposante majorité ; nous sommes particulièrement heureux de son succès et nous lui adressons nos plus vives félicitations.

Membre de la Société médico-psychologique, Georges Dumas est connu de nous tous. Personnellement, notre amitié remonte à l'époque de l'internat, alors que Dumas, jeune professeur — en même temps que Janet, dans le service de Charcot — inaugurait dans le service de Ball, sous le clinicat de Rouillard, les recherches psychologiques qu'il a poursuivies depuis, on sait avec quel succès.

Bien trop avisé, bien trop fin pour vouloir subordonner aux recherches de psychologie pure l'étude des désordres de l'esprit, Dumas a eu le rare mérite de discerner les avantages que ces recherches, comme les autres travaux de laboratoire, pouvaient apporter à l'examen clinique, base de l'étude et du traitement des maladies mentales. C'est du reste une petite partie de son œuvre, si variée, si attachante à tous égards.

Henri Colin.

LE FRANÇAIS DANS LES PUBLICATIONS POLONAISES

Il est fort usité en Pologne que les ouvrages d'érudition y soient publiés avec un petit résumé ou un compte rendu français qui marque la volonté de nos amis polonais d'être liés au « monde occidental », comme l'on dit là-bas, c'est-à-dire à la France. Cette mesure, qui existait déjà avant la guerre, ne paraissant pas encore suffisante, l'on commence à y recourir à la langue française pour les ouvrages et les articles tout entiers, comme au seul moyen d'échapper à la funeste influence de la « culture » germanique. C'est ainsi que, dans le dernier numéro de l'*Eos*, revue d'érudition classique, parmi les mémoires écrits dans la langue de Cicéron, figurent trois excellents travaux français des savants polonais. Ce sont : *Les Problèmes mycéniens et les textes hittiques*, par M. St. Przeworski ; *Le « pain de santé » des Grecs et ses transformations modernes*, par M. W. Klinger, et *Les Remarques sur l'origine de la divination dans l'antiquité*, par M. St. Poplawski.

Il serait à souhaiter que le mouvement qui pousse les esprits polonais à se servir de la langue française soit connu et apprécié en France. A l'époque de l'humanisme, les Polonais étaient célèbres dans le monde par la facilité qu'ils avaient à s'exprimer en latin. Ne verrons-nous pas un temps où le français va prendre l'ancien rôle du latin dans le développement de la civilisation polonaise ? — C. J.

Journal des Débats, 10 mars 1926.

Nous partageons entièrement l'opinion de notre confrère des *Débats* et nous donnons parmi nos analyses deux résumés en français, extraits de la Revue *Norving Psychyatryczne*, qu'on lira avec intérêt.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Médaille d'or. — MM. les docteurs Santenoise (de Saint-Ylie), Antheaume et Faivre (de Paris).

Médaille d'argent. — M. Chandet, chef du service de l'Assistance Publique à la Préfecture de la Seine, M. Mans, directeur de l'asile de Montdeyergues, M. Coquet de Genneville, directeur de l'asile de Maréville.

Médaille de bronze. — M. Beaussart (de la Charité-sur-Loire).

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Hôpitaux et asiles

Le personnel médical étranger. — M. René Fiquet ayant demandé à M. le préfet de la Seine de vouloir bien lui faire connaître par principales catégories, l'état numérique des fonctionnaires, directeurs, médecins, internes, consultants de nationalité étrangère des établissements d'assistance (hôpitaux, hospices, sanatoria, préventoria, etc.), relevant directement de son autorité ou sur lesquels il peut exercer un droit de contrôle, a reçu la réponse suivante :

« Il n'existe dans les établissements d'assistance de la Préfecture de la Seine et de l'Assistance publique aucun agent titulaire de nationalité étrangère occupant des fonctions administratives ou médicales.

« Par contre, sept auxiliaires de nationalité étrangère ont été admis à prêter leur concours à l'Administration, soit au titre bénévole, soit au titre purement temporaire. Leur répartition s'établit comme suit :

« Asile clinique : 2 assistants bénévoles (1 Roumain, 1 Russe) ;

« Asile d'aliénés de Chezal-Benoît : 1 médecin-assistant (Russe) ;

« Colonie d'aliénés d'Ainay-le-Château : 1 médecin assistant (Russe) ;

« Service libre de prophylaxie mentale : 1 assistant (Polonais) ; 1 préparateur (Polonais) ;

« Office public d'hygiène sociale du département de la Seine : 1 médecin assistant de dispensaire (Tunisien) ;

« Il convient d'ajouter à l'énumération ci-dessus, 6 internes des hôpitaux de l'Assistance publique de nationalité étrangère, recrutés dans les conditions prévues par le règlement de l'internat. »

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Le poste de Directeur-Médecin de l'Asile Agricole d'aliénés de Chezal-Benoît (Cher) est actuellement vacant.

Pourraient être appelés à cette Direction, les Médecins du cadre des Asiles Publics, appartenant au moins à la 5e classe ou susceptibles d'y être promus, compte tenu des bonifications pour services militaires.

Le poste de médecin-chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen est vacant, le titulaire M. le Dr Mirc ayant été nommé médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Hérault).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Semaine neuro-psychiatrique et médico-légale
Paris, 27 mai — 1er juin 1926

Jeudi 27 mai. — Société de neurologie. Séance annuelle d'anatomie pathologique. Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. 9 heures.

Jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 mai. — Congrès de Médecine légale.

Lundi 31 mai. — Séance solennelle de la Société médico-psychologique.

Mardi 1er, mercredi 2 juin. — Réunion neurologique internationale. *Les moyens actuels d'exploration du système sympathique en clinique et leur valeur.* Rapporteurs : MM. André Thomas (de Paris), Soderbergh (de Göteborg).

Jeudi 3 juin. — Séance ordinaire de la Société de neurologie.

Congrès de médecine légale de langue française

Le 11e congrès aura lieu à Paris, les jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 mai 1926, sous la présidence du docteur Antheaume.

Questions mises a l'ordre du jour :

1° Rapport de médecine légale, par M. le docteur Villedent : Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse.

2° Communication du professeur Etienne Martin : Le serment des experts.

3° Rapport de criminologie, par M. le docteur Rogues de Fursac : Le témoignage des psychopathes.

4° Rapport de pathologie traumatique par M. le docteur Dervieux : Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose).

5° Assemblée générale de l'Association des médecins experts de France.

Envoyer les titres exacts des communications à M. Etienne Martin, secrétaire général du Congrès, 64, rue Pasteur, à Lyon ou à M. Piédelièvre, secrétaire général adjoint du Congrès, 24, rue Gay-Lussac, Paris.

Les souscriptions fixées à 50 francs, sont reçues par M. Etienne Martin. La souscription est réduite à 22 francs pour les abonnés aux *Annales de médecine légale* et les membres de la Société de médecine légale.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 32.300

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

DAVID RICHARD

DIRECTEUR DE STEPHANSFELD, AMI DE LAMENNAIS ET CONVERTI

Parmi les personnalités étrangères à l'Alsace qui, après avoir vécu dans cette province, y laissèrent un souvenir vénéré, celle de David Richard est l'une des plus dignes d'arrêter l'attention des psychologues et des psychiatres. Le rayonnement que cet homme a exercé pendant les 19 années où il fut directeur de l'asile d'aliénés de Stéphansfeld dépasse de beaucoup celui qui pouvait émaner de cette fonction. C'est qu'à d'excellentes aptitudes administratives, il alliait d'exceptionnelles qualités d'esprit et de cœur.

Elles lui avaient déjà valu les plus flatteuses amitiés dans les cercles scientifiques et philosophiques de Paris; elles lui conquirent l'estime de tous les Alsaciens qui furent ses contemporains; et les Allemands qui lui succédèrent furent les premiers à rendre hommage à sa mémoire. Celle-ci devrait être beaucoup plus connue qu'elle ne l'est dans le monde des aliénistes français, car

il fut un initiateur en matière d'assistance psychiâtrique.

Par ailleurs, l'évolution religieuse, qui amena ce disciple chéri de Lamennais à abjurer à 42 ans le protestantisme pour le catholicisme, alors que la pensée du vieux maître suivait une marche presque inverse, ne saurait laisser indifférents ceux qui s'intéressent aux inquiétudes de l'âme humaine.

⁂

La formation de Richard et l'amitié de Lamennais. — Né à Genève en 1806, d'une famille calviniste française, que la révocation de l'édit de Nantes y avait transplantée, il commença par étudier, en sortant de l'école, la théologie. Puis, il débuta dans la vie comme précepteur des fils d'un riche commerçant grec de Constantinople. C'est en cette qualité qu'il vécut trois ans en Toscane. Agé alors de 23 ans, il commença sa médecine à Rome. Mais en 1830, arraché de la ville éternelle par la grande émigration qui mit en marche pour la capitale de la liberté tous les passionnés d'idéal, il vint s'installer à Paris.

La modestie de ses goûts matériels et l'aisance relative de sa situation lui permirent d'orienter son travail, plus vers la culture de sa personnalité morale que vers l'acquisition d'un métier lucratif. Sa curiosité scientifique le conduisit à l'Ecole de Médecine, à la Sorbonne, au Collège de France. Il assista aux cours de Dupuytren, de Cruveilhier, de Broussais, de Milne-Edwards, de Carnot. Il suivit les cliniques d'Andral, de Cloquet, de Louis, de Duméril. Il accomplissait les fonctions d'interne à la Pitié, lors de la grande épidémie de choléra en 1832. Hôte assidu des soirées du Jardin des Plantes, il resta toute sa vie en relations intimes avec la famille de Geoffroy Saint-Hilaire, dont il fut l'un des élèves les plus appréciés. Il collabora à diverses revues : au *Journal de phrénologie* de Spurzheim, à la *Revue encyclopédique*. Il fut élu vice-secrétaire de la Société d'Anthropologie.

Les milieux philosophiques et philanthropiques l'attiraient tout autant. Il ne tarda pas à y être remarqué pour l'élévation de son esprit et la noblesse de son caractère. Il fraya avec l'apologiste du sens commun, Royer-Collard, le mystique Pierre Leroux, l'humanitaire Enfantin, le socialiste Reynaud, le futur ministre Fortoul, le pasteur Adolphe Monod, le frémissant Lamennais, l'éloquent Lacordaire, qui vint en 1846 visiter son asile de Stéphansfeld.

Par son ami de jeunesse Didier, qui avait des prétentions à la peinture, et au génie duquel il croyait, il fréquenta la bohème parisienne, à laquelle il servit plus d'une fois de banquier. Bien qu'il ait eu lui-même un instant en Italie, dans cette patrie des arts, l'intention de se consacrer à eux, il ne semble pas que le sentiment esthétique ait prédominé en lui. La passion du bien et du vrai l'emporta toujours sur celle du beau, qui même lui inspirait quelque méfiance.

Sa nature idéaliste et vibrante qui le soulevait d'horreur contre l'ambition implacable des héros de Stendhal, qui lui rendait impossibles les recherches de vivisection, lui valut de nombreuses amitiés féminines (17). Elles mériteraient une étude spéciale. La belle intrigante Hortense Allard, que ses connaissances en matière de magnétisme et de phrénologie avaient séduite, se mit en frais de coquetterie pour sa candeur. George Sand, qui l'hébergea souvent à Nohant, lui voua un culte enthousiaste, que sa correspondance exprime avec lyrisme. Beaucoup plus tard en Alsace, il fut en relations étroites avec Mme Rauscher, la fille du célèbre pasteur Oberlin, le François de Sales protestant, disait-il, qui évangélisa la région vosgienne du Ban-de-la-Roche. Enfin il nommait son Antigone, une vieille dame de Mancy, près de laquelle il avait trouvé la tendresse maternelle dont l'avait privé la maladie de sa propre mère.

Le prestige qu'il acquit de ces fréquentations inspira à l'un de ses successeurs allemands, le directeur Starck (4), cette définition exacte : « Richard fut l'un des habitués les plus appréciés des salons de l'aristocratie intellectuelle de la capitale du monde ».

C'est dans ce milieu d'élite, où il vivait depuis 6 ans, que M. de Preissac, pair de France, vint le trouver, pour lui proposer de le suivre comme chef de cabinet dan sa préfecture de la Gironde. Il y consentit. Ces trois années qu'il passa à Bordeaux de 1836 à 1839 révélèrent ses capacités administratives et augmentèrent encore le nombre de ses relations. C'est ainsi qu'il connut le futur évêque d'Alger, Mgr. Dupuch, avec lequel il collabora à diverses œuvres charitables. Entre temps, il se distrayait des soucis de sa charge, en étudiant les sciences naturelles, auxquelles il semblait même devoir consacrer toute son activité, lorsque le ministre de l'intérieur lui donna la mission de rétablir l'ordre dans l'asile d'Alsace.

Mais avant de l'y accompagner, il convient de s'arrêter sur son amitié avec Lamennais. Née d'une communauté d'idéal, elle fut assez solide pour résister aux divergences d'opinions des deux amis sur le moyen de l'atteindre, et elle laissa après leur mort le monument impérissable d'une correspondance pleine d'intérêt.

Lamennais avait 48 ans, et Richard en avait la moitié moins quand celui-ci arriva à Paris. L'écart de 24 ans entre leurs âges est celui qui sépare normalement le maître du disciple. En cette année 1830, le grand écrivain était dans tout l'éclat de sa gloire, car la transformation qui s'esquissait dans sa doctrine inquiétait les ultramontains, dont il était le chef depuis la publication de l'« Essai sur l'Indifférence en matière de religion » et éveillait les espérances des libéraux. Son activité fixait l'attention angoissée de tous. Il venait de fonder avec Montalembert et Lacordaire sa revue : « l'Avenir » où était réclamé l'octroi de toutes les libertés : liberté de consciense, liberté de presse, liberté d'enseignement, liberté d'association, dénonciation du concordat, et consécutivement séparation de l'église et de l'état. Le pape Grégoire XVI hésitait à désavouer un tel programme. Le scandale que produisit enfin sa condamnation ne pouvait hors du monde catholique que rehausser encore celui qu'elle frappait. C'était

notamment enflammer l'admiration d'un protestant de 24 ans, enthousiaste défenseur du libre arbitre et de la fraternité humaine.

Quatre ans plus tard, dans les « Paroles d'un Croyant », le bon Genevois ne vit guère que l'amour évangélique qui y est prêché au milieu de fulminations apocalyptiques. Et caressant le même rêve de philanthropie égalitaire que le doux pamphlétaire, il devint à la fois son commensal et son ami. Il passa presque toute l'année 1835 dans l'hospitalier cottage de la Chesnaye, où l'illustre Breton réunissait à la belle saison tous ses admirateurs. Et tandis que l'excommunié de Rome travaillait à sa polémique, son hôte paisible, tout en s'efforçant avec la discrétion d'un élève, de lui offrir les consolations de la religion protestante, se plongea dans la lecture de saint Thomas et des publications de Gerbet sur les Dogmes générateurs du catholicisme.

Les liens d'affection qui se nouèrent durant cette laborieuse retraite ne se desserrèrent jamais. Une correspondance (1), sauvée en partie, ne cessa dès lors d'être échangée entre les deux hommes. Ils s'y font part de leurs appréciations sur les événements publics, et, avec une noble réserve, des incidents personnels qui surviennent à chacun. Au fur et à mesure que les années accentuent la divergence de leur matière de penser, les les lettres contiennent moins de spéculations et plus d'anecdotes sur leur existence matérielle. C'est avec une délicatesse extrême que le plus jeune annonce enfin au plus ancien qu'il a embrassé la foi abjurée par celui-ci. Et l'autre n'en manifeste ni aigreur, ni reproche. Il a la générosité d'appliquer à autrui l'explication qu'il avait donnée de ses propres changements, en les appelant « continuation » et non « variation ».

Richard, qui était actionnaire de la société lamennaisienne de Crédit « l'Omnium », explique à son correspondant ce qui se passe dans son asile. En 1853, il lui raconte l'incendie de la ferme, qui causa un dommage de 23.000 francs, et lui expose son projet de la reconstruire plus grandement ailleurs ; car il a maintenant 520 malades. Ne pouvant pas adoucir la tristesse

du vieillard, dont il ne partage plus les idées, il s'efforce de lui montrer qu'il n'a pas renoncé à tous ses enseignements. Dans les nouvelles qu'il lui donne sur une malade bretonne, dont il voudrait chasser les idées fixes, il déclare faire appel, pour la convaincre, au consentement universel. Et cette allusion à ce que le glorieux catholique de jadis avait proclamé le critérium de certitude dut apporter un peu de chaleur au pauvre solitaire. Celui-ci, dans une réponse dolente, exprime le regret de n'être pas aliéné, pour pouvoir être soigné à Stéphansfeld. L'isolement s'était fait, hélas, par la mort ou par la défection des anciens partisans du bon M. Féli. « Je suis absolument seul à la Chesnaye, et l'imagination s'échauffe un peu trop dans cette solitude », écrivait-il à de Bonald vers la même époque. La gêne était arrivée aussi, sans qu'il le dise. Et pour lui venir en aide, sans le lui faire sentir, Richard prétendit ne plus vouloir ajourner l'acquittement de la dette due à l'hôte de sa jeunesse, que celui-ci avait toujours remis à plus tard, et il s'acquittait par mensualités. De même, il refusa de Veuillot l'article biographique que celui-ci voulait lui consacrer comme converti, pour ne pas attiser la mélancolie de l'abandonné.

Cette même année 1853, il se mit en route et se rendit auprès de l'ancien protecteur, qu'il n'avait pas revu depuis son mariage, c'est-à-dire depuis douze ans. On ne sait rien sur cette rencontre du maître et du disciple, se retrouvant si différents l'un de l'autre.

Fougueux apologiste de l'autorité qu'il avait déclaré d'abord émaner du pape, puis du peuple, le premier avait été acclamé comme chef par les réactionnaires, puis par les catholiques libéraux. Anathématisé par le Souverain pontife pour son exaltation et défroqué par loyauté, il avait été admiré longtemps par les indépendants pour le désintéressement de son apostolat, par les humbles pour l'efficacité de sa charité, par les écrivains pour son talent, par les artistes pour son amour de la beauté. Emporté par l'élan de son altruisme, il était devenu le député des anticléricaux et des pires démocrates aux assemblées de 1848 et 1849. Maintenant fatigué par les luttes, les deuils et le poids de ses 70 ans,

privé de parenté par sa fidélité au célibat, il en était réduit à attendre dans l'inaction, mais non dans le calme, une mort qui dans quelques mois devait l'emporter, et pour laquelle il avait interdit toute solennité chrétienne ou civile. Le second encore dans la force de l'âge et dans toute l'activité d'une fonction charitable, avec de lourdes responsabilités et de grandes satisfactions morales, père d'une famille heureuse revenait avec l'apaisement du converti qui a enfin trouvé la sérénité du cœur.

Qu'elle dut être poignante, cette entrevue de deux hommes d'élite, en qui l'âme dépassait l'esprit, qui, après avoir formé le même rêve et palpité aux mêmes espérances, n'ont plus de commun que leur naturelle bonté et se voient engagés chacun dans la voie que l'autre croit pernicieuse ! Que pensait le vieux maître en face du transfuge toujours aimé, et que ressentait le disciple devant le cher révolté poussant pour entrer dans l'éternité, la porte des malédictions ?

Pour revenir à la question, plus particulièrement envisagée ici, de la formation du premier directeur de Stéphansfeld, on voit que, sans les avoir sanctionnées d'aucun diplôme, il possédait de solides connaissances scientifiques et une expérience administrative considérable. Sa culture morale s'était alimentée aux sources les plus fécondes de la pensée contemporaine. Réfractaire, par son bon sens, aux utopies, il avait puisé dans chacune ce qu'elle contenait de réalisable, considérant le dévouement comme l'indispensable élément du progrès. « J'ai été dégoûté de Saint-Simon et de Fourier, qui prétendent radicalement changer la société, en méprisant les doctrines de renoncement et d'abnégation », confessa-t-il plus tard à l'évêque de Strasbourg, Monseigneur Rœss, dans la lettre que celui-ci lui demanda de publier pour expliquer les motifs de sa conversion.

La direction de l'asile. — L'anarchie la plus complète sévissait dans l'asile de Stéphansfeld, que l'on

avait fondé et installé depuis 5 ans dans l'ancien couvent du Saint-Esprit, lorsque Richard y arriva en juillet 1840. Et cela par la faute du régime qui n'y avait confié le commandement à personne. Il était spécifié que le médecin résiderait à Strasbourg, c'est-à-dire à 15 km. de là, d'où il viendrait quotidiennement, et que la gestion serait assurée par l'économe et la supérieure des sœurs de la charité.

Dès le début s'engagèrent des conflits entre le Dr Ristelhueber et ces deux gérants, qui prétendaient notamment avoir le droit de mise en cellule et d'application de camisole, en l'absence du médecin. La préfecture leur ayant donné raison, Ristelhueber démissionna en 1838. Il fut remplacé par son interne Renaudin, qui avait mission de résider à l'asile, où venait en consultation une fois par semaine le professeur Coze. Mais l'année suivante, tous deux démissionnèrent à leur tour, devant l'indiscipline et les incartades du fameux économe Norroy, soutenu par la commission de surveillance de l'asile.

D'autres chicanes éclataient par ailleurs. C'était d'abord l'évêque qui s'offensait du prêt de la chapelle catholique aux protestants pour les exercices de leur culte. Ensuite, ce fut le consistoire évangélique qui s'indigna de l'inconvenance du local affecté à ses coreligionnaires. Enfin, le maire de Brumath refusait d'enterrer les aliénés dans le cimetière de sa commune.

Aussi personne ne voulait-il accepter la place vacante de médecin-chef. « Où trouverait-on dans toute la France, écrivait en octobre 1839 le *Courrier du Bas-Rhin*, un médecin de valeur, méritant la confiance publique, qui consentirait à s'enfermer pour la vie à Stéphansfeld, aux appointements de 4.000 fr. Il lui en faudrait au moins 15.000. » On dut donc provisoirement charger de l'intérim le médecin du village de Brumath, Schilling. Et quand elle eut enfin trouvé le docteur Rœderer, la préfecture n'en obtint l'installation qu'après avoir dissout la commission de surveillance, destitué l'économe et renvoyé la supérieure, qui tous refusaient de le recevoir.

C'est alors que le Ministère de l'Intérieur décida de créer un poste de directeur et d'y envoyer un administrateur d'élite.

David Richard avait alors 34 ans. Loin de venir avec la menace et la tyrannie pour rétablir l'ordre, c'est par la bonté qu'il voulut conquérir tous ceux qu'on lui donnait à conduire. La direction d'un asile, il la concevait comme l'adoption d'une famille. Et un foyer sans mère étant toujours incomplet, l'un de ses premiers soins fut de réaliser le mariage auquel il avait vaguement songé six ans plus tôt à la Chesnaye.

Un jour de l'année 1835 qu'il se trouvait dans la diligence de Rennes, une attaque de choléra ayant frappé un voyageur, toute l'assistance s'était enfuite, et il s'était trouvé seul avec une jeune fille à secourir le malheureux contagieux. En causant avec elle, il avait appris qu'elle était en route comme novice avec une supérieure de Saint-Joseph de Cluny pour la Guyane, où le gouvernement français les envoyait organiser un hôpital. Il lui avait raconté en échange son séjour chez l'illustre Lamennais. Comme elle devait s'arrêter quelques jours dans les environs, il lui avait proposé de lui faire connaître le grand calomnié. Elle avait accepté, et c'est ainsi qu'il avait pu apprécier ses qualités.

Ce sont ces heures qu'il évoqua en débarquant au milieu de ses malades le 10 juillet 1840 et qui lui firent écrire à la missionnaire, après son retour de sa charitable expédition. Il lui proposa « de venir partager sa nouvelle position et de travailler sous l'œil de Dieu à la guérison physique, morale et religieuse des infortunées créatures que la société jusqu'ici avait à peu près considérées comme retranchées de son sein ». Elle répondit oui.

Le mariage eut lieu le 18 septembre 1841, pendant la détention de leur bouillant ami, que son pamphlet sur « le Pays et le Gouvernement » avait fait enfermer à Sainte-Pélagie. Ils allèrent l'y voir et, bénis de lui, partirent pour leur nouvelle mission.

Dans l'intérieur de l'asile, Richard, indépendamment

de la collaboration médicale, dont il apprécia toujours la valeur essentielle, et sur laquelle il est inutile d'insister auprès de lecteurs médecins, trouva le plus précieux concours dans la personnalité éminente de la nouvelle supérieure des religieuses, la sœur Eugénie. Elle était née Nothard à Soultz au pied de l'Hartmannwillerkopf. Arrivée la même année que lui et d'un an moins âgée, elle fut, tant qu'il vécut l'exécutrice habile et dévouée de toutes ses intentions. Après sa mort, elle continua glorieusement sa tradition, que les directeurs allemands eux-mêmes adoptèrent pieusement. Elle ne disparut qu'en 1873, laissant le souvenir le plus respecté. « Elle faisait tout elle-même, était aussi bonne qu'intelligente, se trouvait partout à la fois. Elle nous racontait comment elle avait fait prier sa communauté en cachette pour obtenir la conversion du bon Monsieur Richard, qu'elle a fini par gagner d'ailleurs. Elle avait la tête d'un Napoléon », dit encore une vieille reposante qui servit sous ses ordres et parle d'elle avec la fierté du grognard, se rappelant la grande armée.

A l'égard des aliénés, il eut pour principe de respecter chez eux la dignité humaine; en mettant à leur portée tous les procédés dont on use entre gens normaux et cultivés. Pour cet ancien précepteur, l'aliéné était un grand enfant dont il faut compléter ou reprendre l'éducation. Pour l'habitué des réunions philosophiques qu'il avait été, la conversation par elle-même était l'un des moyens les plus efficaces du redressement des déviations pathologiques de l'esprit.

Le travail physique qu'il avait merveilleusement disposé dans les champs et les ateliers, devait être complété par le travail intellectuel, seul capable de fixer l'attention, d'empêcher la déchéance des facultés restantes, de détourner du délire et de masquer la captivité.

Il avait organisé un système d'instruction qu'appliquaient un instituteur laïc et une institutrice religieuse. Cela consistait en leçons surtout orales et concrètes, données dans une salle d'études, et répétées sous forme de jeu dans les cours ou dans les promenades.

Pour lutter contre l'insociabilité morbide, ces leçons étaient collectives et mutuelles, les élèves jouant alternativement le rôle de professeur d'histoire, de géographie, de calculs, de langue, etc. Seul le médecin désignait les assistants. Chacun d'eux était muni d'un carnet de notes où l'on pouvait aisément suivre ses progrès. Ce rouage avait été conservé par les Allemands, et j'ai connu après l'armistice le dernier instituteur, qui n'a pas été remplacé.

Des promenades en pleine campagne, auxquelles participaient plus de cent malades à la fois, avaient lieu chaque semaine sous la conduite de surveillants et de surveillantes. La population des environs, bientôt accoutumée, venait se joindre à eux et causer amicalement avec eux, au lieu de les railler. Le jour du Carnaval, une grande mascarade se déroulait jusque dans les faubourgs de Brumath, et était solennellement reconduite par les habitants. De telles processions hors des murs, qui surprendront les aliénistes ignorant la tranquillité foncière du paysan alsacien, ne sont malheureusement guère possibles aujourd'hui, où le nombre du personnel est obligatoirement réduit.

Mais la réunion des aliénés avec des gens normaux étant la meilleure preuve à donner à ceux-là de l'estime où on les tient, Mme Richard recevait le jeudi soir dans son domicile particulier les invités de son mari. Il lançait ses invitations dans les monde de ses amis de Strasbourg, — c'est ainsi que Paul Janet (3), professeur de philosophie à l'Université, y vint plusieurs fois, — et dans ses quartiers d'asile, choisissant non d'après le rang social, mais d'après l'aptitude à bénéficier de la réception. Les femmes dans un salon, les hommes dans un autre, jouaient, causaient, faisaient de la musique, buvant des infusions ou des sirops, grignotant des gâteaux. Et à 9 heures, chacun rentrait chez soi. Certains malades étaient reçus avec plus d'intimité encore, quand leur état le permettait. C'est ainsi que Julie Michel, la protégée de Lamennais, fut la marraine d'un fils Richard, qu'elle tint elle-même sur les fonts baptismaux.

Bals, danses, représentations théâtrales à l'intérieur des quartiers n'étaient pas oubliés.

Pour les convalescents, il avait institué un pécule, et pour les guéris un patronage, qui leur procurait du travail, et qui bien malheureusement n'existait plus, quand je suis arrivé.

Enfin, il inspira au procureur général de Colmar une circulaire (5), tendant à empêcher les mesures prématurées d'interdiction et à organiser la nomination des curateurs.

A l'égard du personnel, il eut la même sollicitude. Il créa pour ses infirmiers une caisse, alimentée par une subvention de l'asile égale au dixième du traitement de l'employé, par les amendes de punition, par les gratifications des familles de malades et par diverses indemnités. Le droit à la pension ne naissait qu'après 18 ans de service.

A l'égard des médecins, sa conduite fut toujours parfaite, n'empiétant jamais sur leurs décisions thérapeutiques. Au docteur Rœderer, qui démissionna en 1850, succéda le savant aliéniste Dagonet, âgé de 27 ans. Ce fut son digne émule dans l'œuvre d'assistance. Et le prestige dès lors du médecin de Stéphansfeld, qui était en même temps professeur agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg, fut égal à celui du directeur. L'éloge funèbre prononcé par celui-là sur la tombe du second, est la preuve de leur parfaite entente dans le travail et le dévouement.

Sa gestion fut excellente. Toujours aidé de la sœur Eugénie, il agrandit les terrains de culture par l'asséchement des rives de la Zorn, construisit une ferme modèle, fonda en 1853 un pensionnat, construisit de nouveaux pavillons, installa les dortoirs au premier et les salles de jour au rez-de-chaussée. Sur les 835.000 fr. que coûtèrent ces agrandissements, l'Etat n'eut à verser que 35.000, le reste ayant été fourni par les revenus de l'asile.

Aussi dès 1842, l'inspecteur belge Crommelinx pouvait-il dire que « l'agencement de Stéphansfeld avait fait faire un pas de géant à l'assistance des aliénés » et le directeur allemand Starck écrivit en 1886 que cet éta-

blissement devançait de plusieurs dizaines d'années ceux d'Allemagne à la mort de son premier directeur.

Stéphansfeld, sous la direction de Richard, était donc devenu le plus parfait des phalanstères qu'eussent pu souhaiter ses contemporains. La décoration de la légion d'honneur en 1855 lui témoigna la reconnaissance du gouvernement. Il était père de deux fils et tout lui souriait, quand brusquement la mort l'emporta le 11 juillet 1859, à la suite d'une pleurésie, qui n'avait duré que quelques semaines. Il n'avait que 53 ans.

Conformément à ses volontés, il fut enterré au milieu de ses malades dans le cimetière qu'il avait lui-même tracé.

Sa veuve, qui possédait le diplôme d'officier de santé, se retira dans le petit village de Niederhasslach où elle termina ses jours dans les bonnes œuvres, partageant avec les malheureux les 1.200 francs de pension que lui servait l'asile. L'un de ses fils mourut, encore enfant, et l'autre qui s'était montré digne de l'héritage moral de ses parents, fut emporté à l'âge de 30 ans, professeur agrégé de philosophie à Amiens en 1880 (12).

La conversion (1 et 2). — Depuis son adolescence, comme il l'écrit lui-même, la solution de l'énigme religieuse avait occupé la conscience de ce calviniste, qui ne devait goûter de repos qu'à l'âge de 42 ans, lors de sa conversion à la foi catholique de sa femme, au bout de 7 ans de mariage. « J'ai perdu les 25 meilleures années de ma vie à chercher rationnellement cette grande route du salut et de la paix, qu'un enfant catholique, sachant son catéchisme eût pu me montrer dès le premier jour. » (2).

Son tempérament mystique était d'ailleurs héréditaire. C'est pour ne pas abjurer sa foi que la famille de son père avait accepté l'exil. Et voici ce qu'il écrit de sa mère catholique, savoyarde de Sallanches, dans un document destiné par lui-même à la publicité (2) : « Elle eut, peu après ma naissance, une cruelle maladie mentale qui, durant jusqu'à sa mort en 1849, l'empêcha d'exercer sur moi une influence religieuse directe. Mais je fus touché

de son zèle à remplir ses devoirs envers Dieu et de son assiduité à la prière, chaque fois qu'un intervalle lucide la ramenait à ses dispositions naturelles. »

A 17 ans, il étudie la théologie. Puis, il s'éprend de la doctrine d'Adolphe Monod. Enfin, il voue son amitié au Lamennais de la première manière qui proclamait que « l'indifférence en matière religieuse est un crime ou une folie ».

Deux mots extraits de sa correspondance résument toute sa mentalité : « J'ai soif d'amour et d'intelligence ». C'est autour de la satisfaction des deux besoins ainsi exprimés que tournera toute sa conduite.

Avant tout, il avait besoin d'aimer. Et c'est ce qui lui infusa cette fraternité, ce qui lui inspira cette passion de l'égalité, ce qui l'enthousiasma pour les révolutions de 1830 et de 1848. Il devint rédacteur de la *Gazette du Bon Sens*, à laquelle Louis Blanc avait donné pour devise : « Tout pour et par le peuple ». Il développa dans le *Journal de Phrénologie* l'idée que l'inégalité des hommes en intelligence et en volonté ne justifie pas la soumission des uns pendant toute leur vie. Et lorsque le pape Pie IX lui sembla se mettre à la tête du mouvement libéral en Italie, il ne put réprimer ce cri : « Je suis catholique de cœur, puisque le catholicisme se fait avec le peuple et que l'autorité tend la main à la liberté ». Bien avant, dans une même impulsion affective, il avait fait cette confession à son maître de la Chesnaye (1) : « Il n'y a que deux hommes qui m'aient profondément remué : Rousseau et vous. Il a fait la philosophie de l'orgueil personnel dans un temps où tout était abjection... Vous, vous faites la philosophie de l'amour humain, de la communication des êtres, de l'association... J'ai soif d'amour et d'intelligence ! »

Cependant pour vibrant qu'ait été son cœur, son esprit n'en était pas moins lucide, et sur le terrain de la religion, tous les deux, pendant des années, se combattirent. Touchantes sont les parades du second pour masquer chacune des défaites qui aboutirent finalement à son abdication. Sa soif d'intelligence engageait Richard dans les études scientifiques, mais sa soif d'amour l'en détournait pour des tâches plus altruistes.

Pensant distribuer à chacune sa part, il proclamait que « la cause première des êtres et des choses était du ressort de la foi, mais que la succession des mouvements était matière de la science ». Puis, pour ne pas sacrifier l'intelligence, pour la disculper, peut-on dire, auprès de l'affectivité, il sophistiquait un peu, affirmant que « le rôle de l'intelligence est aussi fort que celui des sympathies instinctives pour faire les gens s'aimer entre eux (1) », sophisme qui, avouons-le, contient pas mal de vérité.

Des sursauts le portaient cependant à s'insurger contre l'avidité de cet amour aveugle qui avait l'audace d'imposer d'inutiles humiliations à la raison: « Renoncer au dogme du péché originel, serait faciliter la foi, car l'esprit répugne à croire à ce péché, qui n'a plus de signification pour nous... Il y a un merveilleux auquel il faut renoncer. Il a nourri le catholicisme dans sa jeunesse. Mais aujourd'hui le monde est vieux, il faut lui faire la vérité aussi prouvable que possible, il faut réduire la foi à son moindre domaine » (1).

Mais la précarité et la relativité des données de la science lui étaient un heureux prétexte à calmer cette révolte. « L'intelligence divine, incarnée dans le Christ ne me paraît pas plus extraordinaire que cette même intelligence incarnée dans tous les hommes, incarnée dans le gland qui deviendra un chêne. Tous les êtres, tous les phénomènes offrent toujours un mystère central, profond, impénétrable... Le mystérieux est l'incompréhensible... L'histoire, l'érudition sont sujettes à des controverses, à des erreurs et sont capables de gagner des adeptes à la religion (1). » Ailleurs, il parlait de « ce monde d'erreurs, d'agitation, de fragilité » (1), et il en profitait pour proclamer encore l'égalité de tous les hommes : « toujours sous la diversité des idées, il y a harmonie des sentiments pour la recherche de la vérité » (1).

Peu à peu s'insinua l'apaisante langueur, annonciatrice de la fin du combat. « Je commence à ressentir ce calme fécond que vous avez signalé comme une anticipation des Dieux » (1), écrivait-il au vétéran infatigable, que tourmentait sans trêve la chimère des revendica-

tions. Puis, ce fut le triomphe définitif du cœur sur l'esprit. Richard a alors la certitude de pouvoir aimer par delà la tombe pendant l'éternité. Il est donc satisfait. Désormais, il contemple le merveilleux face à face, sans risquer l'interposition d'une agaçante critique. C'est la période des tournées sanctifiantes au lointain village de Niederbronn, où une jeune visionnaire prêche dans des extases la création d'hôpitaux. C'est enfin la course précipitée d'octobre 1848 à Siegolsheim, où l'évêque villégiature, à près de 100 kilomètres, pour se délivrer le soir-même de l'angoisse d'une abjuration, dont il n'a confié le projet à personne, pas même à sa femme, avertie seulement à l'instant du départ.

Première particularité à retenir dans cette conversion, c'est que la victoire du sentiment n'entraîna pas la domestication de la raison. Celle-ci, au lieu de s'épuiser, comme elle le fait habituellement, en démonstrations justificatives de son renoncement, et en louanges du vainqueur, ne quitta pas le terrain du concret, où elle continua à se dépenser avec fruit.

Autre point à souligner, c'est que la séduction des cérémonies du culte catholique ne fut pour rien dans la décision de ce protestant. Le sens esthétique et la sensualité ne parlèrent en effet presque jamais chez ce chrétien. Il signale lui-même sa répugnance pour les pompes de l'église de Rome (2). Et jamais ne lui échappa une envolée artistique. De la visite qu'il va rendre à son ancien compagnon de la Chesnaye, le célèbre Liszt, qui passe à Strasbourg, il se contente de relater séchement l'audition de la composition du musicien sur le poème en prose des *Forgerons* de Lamennais.

Quant à son mariage, ce fut surtout l'union de deux adeptes de l'Evangile, conjuguant leurs efforts pour vivre selon la loi de Dieu. Mlle Rivoire, de trois ans plus âgée que son époux, « avait l'extérieur à la fois le plus modeste et le plus distingué », note Campeaux. Aussi ne peut-on penser à leurs chastes fiancailles sans évoquer l'idylle religieuse que l'imagination virginale de leur maître avait chantée dans les « Paroles d'un

croyant » : « Et les jeunes hommes diront aux jeunes vierges: Vous êtes belles comme les fleurs des champs, pures comme la rosée qui les rafraîchit, comme la lumière qui les colore. Il nous est doux de voir nos pères, il nous est doux d'être auprès de nos mères, mais quand nous vous voyons et que nous sommes près de vous, il se passe en nos âmes quelque chose qui n'a de nom qu'au ciel. Loué soit Dieu qui nous a montré ces biens, avant de mourir ! — Et les jeunes vierges répondront : les fleurs se fanent, elles passent ; vient un jour où ni la rosée ne les rafraîchit, ni la lumière ne les colore plus. Il n'y a sur la terre que la vertu qui jamais ne se fane, ni ne passe. Il nous est doux de voir nos pères, il nous est doux d'être auprès de nos mères; et les fils de nos pères et de nos mères nous sont doux aussi. Loué soit Dieu qui nous a montré ces biens avant de mourir ! »

La même froideur explique qu'il n'ait jamais fréquenté les deux pèlerinages situés à quelque 10 kilomètres de l'asile : Hohatzenheim, où est un couvent de capucins, Mariental, où se trouve une Vierge miraculeuse. On atteint cette dernière bourgade en suivant la voie romaine construite par les légions impériales, en bordure du plateau qui domine la plaine rhénane, pour surveiller l'horizon inquiétant de la Germanie. Des brumes de cette vallée historique, fermée par la Forêt Noire, émerge souvent seule la silhouette de la cathédrale de Strasbourg. Avec son unique flèche, elle semble un poing fermé dont l'index étendu montre le ciel.

Richard perçut-il ce symbole ? Probablement non. Sa passion de charité et son goût de l'action lui interdisaient la rêverie. Son portrait nous montre une figure allongée, au nez fin, au front haut, aux orbites écartées. Le regard descend lumineux sous les paupières légèrement abaissées. Et la spiritualité peut-être excessive de ces traits se corrige par le sourire d'une bouche un peu grande, ourlée de lèvres bien humaines. C'est un mystique de bon sens et de bonté, dont la poursuite de l'absolu n'égara jamais l'activité pratique.

Ce qui l'amena au catholicisme c'est d'abord, spéci-

fie-t-il, la constatation du soulagement matériel, apporté par les œuvres de bienfaisance de cette religion à la misère des hommes. C'est ensuite le fait que le nombre des individus fraternellement unis sous sa règle est très grand. Dès lors, le protestantisme lui apparut comme une révolte déplorable contre la tradition unitive, comme une cause de morcellement de la fraternité par le corrosif du libre arbitre, et comme n'ayant de bon que ce qu'il plagie à l'église romaine (2). Il aurait pu faire sien l'aveu de Lacordaire : « Je suis arrivé à mes croyances catholiques par mes croyances sociales ».

Elle est donc bien exacte, quoique déclamatoire, la peinture que l'enthousiaste George Sand nous a laissé de lui dans l'invocation qu'elle lui adressait : « Je te crois capable de tout ce qu'il y a de grand, de beau et de bon. Je ne suis pas inquiète des vertus que tu pratiqueras, du bien que tu feras aux autres, mais je voudrais que tu en prisses ta part et qu'à tant de mérites et de dévouement se joignît un peu de bonheur... »

« David Richard, type noble et doux, âme pure entre toutes ! Tu appartiens à l'estime d'un groupe moins restreint que celui où ton humilité vraiment chrétienne s'est toujours cachée. La charité t'a pour ainsi dire détaché de toi-même et les patientes études, les élans généreux de ton cœur t'ont jeté dans une vie d'apôtre, où le mien t'a suivi avec une constante vénération ».

Le cimetière de Stéphansfeld. — Richard dort maintenant son sommeil éternel, à l'ombre murmurante des grands arbres de la forêt qu'il avait fait enclore, pour limiter les sépultures de ses malades. Il gît au pied de la vaste croix de bois jauni, au bout de la haute voûte sombre des sapins verts. Gravée d'une épitaphe française, sa pierre funéraire est à côté de celle de sa surveillante, la Sœur Eugénie, qui, morte après la guerre de 1870, a une inscription allemande. Ils ont pour voisins dans le chœur et le transept de ce sylvestre sanctuaire, toutes les filles de charité et quelques-uns des fonctionnaires qui moururent au monastère hospitalier dont ils avaient été, lui l'abbé laïc, elle l'abbesse de

piété. Sous les nefs ajourées du feuillage caduc des bas-côtés s'alignent dans l'herbe les dalles des malheureux qui trépassèrent retranchés du monde, pour n'avoir jamais retrouvé la raison. Leurs noms sont tracés dans l'une ou l'autre langue, au hasard des nationalités ou de la succession des régimes. Modestes, les emblèmes varient avec chaque confession.

Tout près de là s'étendait le cimetière gallo-romain qu'il avait lui-même découvert sous les murs de son asile. Et à quelque cent mètres vers l'ouest, le sol d'une clairière soulève ses halliers et ses mousses pour recouvrir des tumuli celtiques. La brise la plus fluette ne peut donc naître dans ces parages, sans embrasser de son coup d'ailes ces nécropoles de trois âges. Mais la plus antique n'admettait que des chefs ; dans les urnes de la seconde, la cendre des riches se distingue de celle des pauvres aux trésors qui lui sont mêlés ; seule la dernière a banni le luxe révélateur des inégalités du passé terrestre.

Ainsi, cette petite cité des morts réalise, sous une futaie alsacienne, la fraternité égalitaire, qu'au temps de sa jeunesse Richard et les doux rêveurs lamennaisiens sous les fondaisons de la lointaine Chesnaye bretonne espéraient pour toute l'humanité vivante.

La réalisation de ce rêve, qu'il avait réussie dans sa communauté d'aliénés, échouera-t-elle toujours parmi les êtres qui, pour légitimer leurs prétentions à la sagesse, consacrent toute leur lucidité à s'asservir et à se déchirer entre eux ? Ou bien dans l'avenir, l'idéal de tous s'élèvera-t-il au point de maintenir les regards au-dessus des misérables visées de l'envie meurtrière, laissant enfin aux enfants des hommes la totalité de leurs forces, pour jouir de la nature et se défendre d'elle, pendant les courts instants de leur fugitive existence ?

Telle est l'édifiante histoire, qu'il est aisé de reconstruire avec les documents épars dans les archives du pays. Elle vacillait encore dans la mémoire expirante de deux très vieilles bonnes sœurs, qui me l'ont racontée,

et dont l'une a déjà rejoint au tombeau la grande Supérieure de leur jeunesse. Elle parlera toujours dans l'enceinte et dans les paysages où elle se déroula, donnant, à qui sait l'entendre, le plus réconfortant enseignement.

Richard était genevois, mais de culture purement française, Dagonet était français, la sœur Eugénie était alsacienne et Mme Richard était savoyarde. Leur œuvre fut, par la vicissitude des empires, transmise à des successeurs de l'une et de l'autre rives du Rhin, croyant à diverses religions ou ne croyant à aucune. Néanmoins, elle traversa intacte les cataclysmes de deux effroyables guerres, sans dévier, ni arrêter sa marche vers le but d'assistance et de science que visaient ses fondateurs. Puisse l'esprit de travail et de concorde, qui assura ces collaborations fructueuses dans la paisible retraite de Stéphansfeld, déborder et s'étendre à la ronde ! Alors, cette Alsace émouvante, qui fut pendant tant de siècles l'arène sanglante des armées, deviendra le creuset pacifique où se fondront les civilisations.

Paul COURBON.

BIBLIOGRAPHIE

(1) ROUSSEL et INGOLD : *Lamennais et David Richard.* Paris, 1909. — (2) RICHARD : *Motifs d'une conversion du protestantisme au catholicisme.* Strasbourg, 1855. — (3) JANET Paul : Enquêtes sur la folie. *Revue des 2 mondes,* 1857. — (4) STARCK : *Bericht über die Verwaltung der Anstalt Stephansfeld.* Strasbourg, 1886. — (5) RICHARD : Circulaire du procureur de Colmar concernant les aliénés. *Ann. médico-psychol.,* 1852. — (6) DAGONET : Eloge funèbre de Richard. *Ann. médico-psychol.,* 1859. — (7) SITZMANN : *Dictionnaire bibliographique d'Alsace.* — (8) George SAND : *Œuvres,* t. IV. — (9) ZÜRCHER : Richard in *Ami des sciences,* 1862. — (10) SWANTON BELLOC in *Magazin pittoresque,* 1862. — (11) LACOINTA : *Correspondant,* 1881. — (12) ROSENTAL : *Convertitenbilder aus dem 19ten Jahrhundert.* — (13) Albert Richard in *Revue catholique d'Alsace,* 1882 et 1885. — (14) SPACH : Œuvres choisies. *Ann. de la Société littéraire de Strasbourg* — (15) EISSEN : *L'Asile de Stéphansfeld,* 1914. — (16) WEYDMANN : *David Richard,* 1898. — (17) David Richard und das Irrenhaus von Stéphansfeld. *Strasburger Zeitung,* vom 20. am 31. märz I874.

LES HAINES FAMILIALES EN PATHOLOGIE MENTALE

Par le Dr Gilbert ROBIN

Chef de Clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Paris

Qu'on nous permette, à propos de la haine, de ne pas discuter la valeur morbide des passions et quelque opinion que l'on professe à ce sujet, de laisser dans l'ombre la haine familiale chez l'homme normal sans nous demander si l'homme normal cesse de l'être au moment où il éprouve ce sentiment, pour n'envisager que la haine familiale en pathologie mentale.

Bien entendu il ne sera question que de la haine qu'on éprouve et non de celle dont on est l'objet.

Il y a cent manières d'aborder un tel sujet. On ne sait laquelle choisir. Sans doute, n'y a-t-il pas une position unique pour l'observer. Il y a le point de vue du malade, le point de vue du milieu familial, le point de vue du médecin et du psychologue. Il y a la haine de l'enfant, celle de l'adulte, etc., etc.

Nous n'élargirons pas à l'excès le cercle familial. Parents, grands-parents, enfants, oncles, tantes nous suffiront. Nous ne tiendrons compte des différends entre les époux qu'autant qu'ils auront des enfants, les réactions d'un ménage sans enfants sont les réactions du couple homme-femme et n'intéressent pas obligatoirement la famille puisqu'elles peuvent se produire sans qu'elle soit constituée.

Du reste, la haine est un sommet, une position extrême. A côté, il y a les heurts, les malentendus, les dissentiments, les antipathies, les répugnances, les aversions. Toutes les brouilles, Dieu merci, n'aboutissent pas à la haine et nous verrons, chemin faisant, qu'il ne faut pas la confondre avec les *scènes de famille*,

même quand ces dernières aboutissent à des réactions graves.

Ces brèves et modestes considérations ne sont pas autre chose qu'un plan de travail et qu'une sorte d'introduction à l'Etude des Haines familiales morbides.

L'importance d'un tel sujet n'échappera pas à ceux qui, loin de se contenter de reconnaître la haine familiale au cours d'une psychose, se demanderont pourquoi elle s'y trouve et à ceux qui rechercheront si, dans certains cas, ce n'est pas la haine familiale qui est cause de la psychose ou de la psycho-névrose et dans quelles limites elle l'est. On saisit l'intérêt qui s'attache à de telles questions, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue psychologique, prophylactique, thérapeutique et social.

Si nous passons en revue les diverses affections mentales, nous voyons que la haine n'est pas à la portée de tout le monde : ne hait pas qui veut. Un minimum intellectuel est exigé que ne présente pas toujours l'idiot, l'imbécile ou le dément. La haine a un caractère volontaire. Comme le fait remarquer Fontegrive, son objet n'est pas le mal en tant que réalisé, mais le mal en tant que voulu. Elle exige donc un certain caractère d'appréciation. Comment l'idiot ou le dément exprimeraient-ils des sentiments que l'un n'a jamais connu et que l'autre est en train de perdre. L'idiot peut être hostile à lui ou à plusieurs membres de sa famille d'une manière continue, il s'agit la plupart du temps d'une réaction automatique fixée, devenue habituelle. C'est une sorte de stéréotypie. Chez les déments, la haine peut être plus apparente, mais elle est souvent trompeuse en ce sens qu'elle fixe, en raison d'une certaine viscosité démentielle, un sentiment autrefois éprouvé. La haine, chez le dément sénile par exemple, deviendra un rabâchage. Il entrera beaucoup plus d'irritabilité et de violence que d'intensité affective dans sa haine apparente. Les réactions les plus dangereuses, loin d'exprimer un sentiment puissant, marquent souvent un relâchement et

une absence de contrôle qui prouvent que l'automatisme suit sans doute la ligne directrice des sentiments mais dépasse le but par son impulsivité démentielle. Tel cet antiquaire de 75 ans qui, après une haine de 20 ans contre son fils, ne le tua pour un motif futile que lorsque la démence eut en réalité porté atteinte à la force de son sentiment.

Evidemment, la complexité et la richesse psychologiques débordent, même chez l'idiot et le dément, de telles indications. Ces vues générales sont trop schématiques, car on pourrait me répondre que chez l'idiot et le dément les sentiments sont d'autant plus purs et plus spontanés qu'ils sont indépendants du contrôle intellectuel. Mais c'est plutôt des tendances instinctives que des sentiments qu'il faudrait parler et la haine ne saurait pas plus se passer de l'influence de ces derniers que des processus intellectuels.

On ne saurait prendre pour de la haine certaines manifestations hostiles de la confusion mentale. On voit quelquefois de jeunes mères au cours d'une folie puerpérale qui a suivi de près l'accouchement, rejeter loin d'elles leur enfant, l'abandonner ou le frapper. Sans doute, la plupart du temps, c'est que leurs perceptions sont troublées. On comprend que la mère qui n'a plus qu'une vague conscience de sa personnalité, ne reconnaisse pas son mari et à plus forte raison l'enfant dont la naissance est oubliée. Du reste, une fois guérie, la mère regrette les actes qu'elle a pu commettre et, rendue à l'existence, chérit son enfant comme si rien ne s'était passé.

Mais là, il n'y a pas, à proprement parler, mise en œuvre de tendances affectives profondes. Or, dans certains cas, celles-ci se révèlent : par exemple, quand le mari n'est pas aimé, quand l'enfant n'a pas été désiré. Les convenances cessent de retenir la pensée. La vérité jaillit au grand jour et à côté des fausses haines dues uniquement à la confusion, à l'erreur des perceptions, peuvent se manifester des haines vraies qui survivent à l'égarement et se sont épanouies grâce à lui.

Les mêmes désirs, tendances et sentiments sont capables de s'exprimer par un autre mécanisme. A

force d'être retenus, leur intensité s'accumule et leurs énergies tumultueuses envahissent l'individu de toutes parts et le plongent dans la même confusion que la confusion toxique. Ce sont des confusions psychogènes. Phénomène curieux, ces forces affectives vont profiter de l'obscurité qu'elles ont apportée dans l'esprit pour se révéler en pleine lumière. L'esprit confus va exprimer ce qu'il n'aurait pas dit s'il n'eût été confus. La clarté sort de l'ombre. Mais par une sorte de pudeur qui ressemble à la censure de Freud, la vérité affective, comme si elle craignait de se trop livrer, se masque sous des symboles.

La haine familiale chez les toxicomanes, l'alcoolique, le dégénéré est à la remorque des doses de poisons ingérées ou du déséquilibre de l'humeur et du caractère. Haine souvent intéressée, la plupart du temps capricieuse, à éclipses, comme dirait M. Legrain, mais capables d'aboutir à des réactions très graves en raison du caractère impulsif des actes. Un cuisinier observé par MM. Pactet et Colin fit un délire alcoolique de jalousie et tua en le châtrant d'un coup de couteau son fils qu'il accusait d'avoir des rapports avec sa mère.

Les haines familiales les plus tenaces, les plus violentes se rencontrent dans les délires, surtout dans les délires d'interprétation et de revendication, soit que les malades — spécialistes de la rancune — mettent un ou plusieurs membres de leur famille au rang de leurs persécuteurs, soit qu'ils renient leur vraie famille pour s'en créer une imaginaire, ou lui préférer une famille noble, riche, glorieuse, etc. A la phase des idées de grandeur, les parents sont souvent dédaignés, méprisés, insultés quand ils ne sont pas totalement méconnus, auquel cas la haine est morte. Les paranoïaques sont au plus haut chef des *tyrans familiaux*.

Dans la folie morale, ce n'est pas l'animosité qui pousse les pervers, c'est la haine et la haine au service de la méchanceté la plus noire. Deux éléments principaux, l'indifférence morale et les perversions instinctives signent cette anesthésie du sens moral. Les caractéristiques en sont bien connues : ce sont l'amoralité, l'inaffectivité, l'inadaptabilité, l'impulsivité.

Aussi dans leurs réactions vis-à-vis de leurs parents méritent-ils vraiment le nom qu'on leur a donné de « *fléaux de famille* ».

Dupré, dans un rapport désormais classique sur les perversions instinctives, a fait allusion aux haines familiales dans la folie morale : « La perversion ou inversion du sentiment maternel, dit-il, se manifeste non seulement par l'indifférence vis-à-vis de l'enfant, mais par l'antipathie, la haine et la répulsion. Ces sentiments pathologiques peuvent apparaître de très bonne heure, dès l'accouchement, et entraîner la mère à l'*infanticide*, indépendamment de toutes les conditions d'ordre subjectif et objectif qui expliquent ce meurtre dans tant d'autres circonstances. La perversion du sentiment maternel peut s'éveiller plus tard, s'associer ou non à l'antipathie pour le père des enfants, et déterminer chez la mère toute une série de réactions : abandon, négligence, sévices, tortures, meurtre, vis-à-vis de ses enfants, dont on connaît les exemples dans les histoires d'*enfants martyrs*. Ces mères dénaturées, ces marâtres sont, pour la plupart, des débiles amorales, malignes, vicieuses, presque toujours alcooliques, associées à des maris ou des amants aussi pervers qu'elles-mêmes et complices de leur conduite criminelle. »

A la malignité foncière s'ajoute souvent cette tendance à l'altération de la vérité jointe à la fabulation : la mythomanie. C'est ainsi qu'on voit les *faux enfants martyrs* de Dupré ne reculer devant aucune manœuvre et s'abandonner à toutes les simulations pour démontrer les supplices qu'ils endurent de la part de leurs parents ou de leurs maîtres. Ils peuvent devenir de *petits accusateurs criminels*, coupables de faux témoignages, dénonçant leurs parents pour des fautes qu'ils n'ont pas commises.

Nous avons observé, d'abord avec M. H. Colin, puis avec le Pr. Claude (1), un cas de haine féroce contre sa mère de la part d'une jeune fille, Fernande. Mais la

(1) Claude et Robin. — Les haines pathologiques. De la folie morale à la démence précoce. *Concours médical*, 11 octobre 1925.

malignité de Fernande s'était servie de sa mère parce que c'était l'être le plus directement à sa portée et, à son défaut, elle eût reporté sa haine et sa rancune sur une ou plusieurs autres personnes de son entourage.

La haine familiale dans la démence précoce et la schizophrénie est sans doute un des chapitres les plus intéressants de la médecine mentale. Dans certains cas, les réactions hostiles ne sont qu'un des moyens dont se sert le jeune sujet pour obtenir la paix de la part d'une famille qui essaie de le stimuler et de secouer son indifférence. Il n'y a pas de haine à proprement parler, non plus que dans le malaise organo-psychique éprouvé par les jeunes gens candidats à la démence précoce, malaise qui les pousse à renier leur vraie famille et à se croire issus d'autre souche. Le délire n'est ici qu'une justification affective. C'est la traduction intellectualisée d'un trouble cénesthésique ou de phénomènes d'automatisme mental. J'ai rapporté plusieurs exemples dans mon ouvrage sur les *Haines familiales* (1) et je me propose de revenir plus longuement dans une étude ultérieure sur ces *Métamorphoses familiales* dont Sérieux et Capgras ont rapporté des cas fort intéressants dans leur article sur les Interprétateurs filiaux (*Encéphale*, 1918). On note des phénomènes de haine familiale vraie dans les formes de D. P. dites folie morale acquise. Au lieu d'indifférence ou au cours de l'indifférence, on voit certains sentiments pervertis, témoin le sentiment filial chez un jeune homme de Morel haïssant son père et chez une jeune fille du service du Dr Trénel qui couchait avec une hache sous son oreiller pour, disait-elle, tuer son père.

Mais c'est sans doute dans cette forme spéciale de schizophrénie qu'avec H. Claude et Borel nous avons appelé schizomanie, qu'on trouve les cas les plus purs de haine familiale. Ici, aucune indifférence non plus que ces perversions instinctives qui sont, en somme, comme la dernière bouffée des sentiments altérés, le

(1) Dr Gilbert Robin. — *Les haines familiales*. A paraître chez Gallimard N. R. F. (Les documents bleus).

dernier sursaut de l'indifférence. Le noyau profond, comme dit Minkowski, l'autisme de ces sujets est lourd de potentiel affectif. La rêverie morbide (Borel et Robin) n'est pas toujours primitive. Avant la phase de « compensation » (Montassut), il y a une phase douloureuse occupée fréquemment par une haine morbide des enfants contre leurs parents. Ces sujets méritent de rentrer dans cette forme de schizomanie (1) que Borel appelle la bouderie morbide (2). Leroy et Montassut (3), Capgras et Carrette (4), Hesnard (5), Claude, Borel et Robin (6), Borel (7), Claude et Robin (8) ont rapporté des faits cliniques méritant d'entrer dans la schizomanie, principalement à forme de bouderie.

Dans les obsessions, les phobies, les impulsions, la haine familiale prend une importance considérable.

On sait que tantôt c'est une simple idée qui occupe l'esprit, tantôt l'idée pousse à l'acte, les gestes impulsifs en dérivent, tantôt enfin la crainte domine et va si loin qu'elle empêche d'agir, d'où phobie. C'est ainsi que des mots sacrilèges viennent aux lèvres des saints et que des pensées érotiques hantent les rêves des mystiques. C'est un phénomène psychologique bien connu. L'idée qu'on veut chasser est celle-là même qui revient sans cesse. On dirait que chaque sentiment est à renversement, que les tendances opposées comme les pôles électriques de signes contraires s'attirent électivement. Il existe pour les sentiments et les

(1) Claude, Robin et Rubinovitch. — La schizomanie simple. *Ann. médico-psychol.*, séance de novembre 1925.

(2) Borel. — Rêveurs et boudeurs morbides. *Journal de Psychologie*, 1925.

(3) Leroy et Montassut. — Evasion de la réalité pour se créer une nouvelle personnalité chimérique. *Annales médico-psychologiques*, 1924.

(4) Capgras et Carrette. — Illusion des sosies et complexe d'œdipe. *Annales médico-psychol.*, juin 1924.

(5) Hesnard. — Analyse d'un cas de psychose paranoïde chez une jeune fille. *L'Evolution psychiatrique*. Payot, éd.

(6) Claude, Borel et Robin. — Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique. *Ann. médico-psychol.*, 1924.

(7) Borel. — *Loc. cit.*

(8) Claude et Robin. — L'indifférence et le négativisme schizomaniaque. *Annales médico-psychologiques*, 1925.

passions de noms opposés, des couples indissolubles, comme le jour et la nuit, la vie et la mort.

Ce renversement si facile des tendances prouve souvent que l'être humain se tient en équilibre instable sur le monde des sentiments. Il prouve sa sensibilité, sa fragilité. C'est pourquoi les êtres les plus raffinés, les plus délicats, tombent d'un excès dans l'autre et ignorent la mesure. C'est pourquoi une mère idolâtrant son enfant aura la phobie de lui faire du mal, ne pensera qu'à cela, ruminera des idées de crime et sera obligée de fuir celui qu'elle ne redoute de tuer que parce qu'elle l'aime trop ardemment. L'obsession de la haine chez une mère de famille n'a souvent de raison que l'excès de son amour.

Personne ne l'ignore. Il faut chercher la haine dans les parages de l'amour et *vice versa.* C'est là un lieu commun. Cette tendance à faire toujours balancer deux sentiments contraires autour d'un fait, d'un événement banal, c'est ce que Freud et Bleuler nomment l'ambivalence. C'est pourquoi les obsessions, les impulsions sont lourdes de révélations. L'obsession peut ne mettre au jour que des craintes, comme celles de la jeune mère à l'égard de son enfant. Elle exprime parfois des désirs, des désirs restés inconscients. Tel fils qui ne pense qu'avec effroi à la mort de son père et ne pense qu'à cela, met à nu quelquefois le désir qu'il ignore de le voir disparaître. Il faut analyser profondément de tels cas pour en pénétrer le sens et la plupart du temps le sentiment qui a mis en branle l'obsession est oublié depuis longtemps, il repose dans l'inconscient et ne revit que sous forme d'une idée qui semble bien étrangère à lui.

Pour ne citer que quelques auteurs, Morel (1), Freud (2), Laforgue et Allendy (3), Claude, Fribourg-Blanc et Ceillier (4) ont rapporté des observations édi-

(1) MOREL. — *Traité des maladies mentales.*

(2) FREUD. — *Introduction à la psychanalyse.* Payot, éd.

(3) LAFORGUE et ALLENDY. — *La psychanalyse et les névroses.* Payot, éd.

(4) CLAUDE, FRIBOURG-BLANC et CEILLIER. — Syndrome obsestionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe. *Annales médico-psychol.*, mai 1923.

fiantes où si la haine familiale n'était pas toujours consciente de la part du sujet, un procédé spécial d'analyse, la psychanalyse, permettait de révéler un complexe d'Œdipe ou d'Electre remontant à l'enfance, complexe qui serait le nœud de la psycho-névrose observée.

Mais à ce point, arrêtons-nous. Et déjà ne sommes-nous pas allés trop loin. Ce n'est plus en partant des haines que nous découvrons des obsessions, c'est en partant des obsessions que par des chemins détournés nous aboutissons à la haine.

Or, si nous voulions connaître toutes les haines de famille, les haines supposées, les haines inconscientes, il y aurait peut-être trop à dire. Il faudrait invoquer Freud. Car à son point de vue c'est une grande tâche pour l'individu humain de cesser d'être un enfant pour entrer dans la collectivité sociale. Il lui faut desserrer les liens qui l'unissaient à ses parents : « La tâche du fils, dit Freud, consiste à détacher de sa mère ses désirs libidineux pour les reporter sur un objet réel étranger, à se réconcilier avec le père s'il lui a gardé une certaine rancune, ou à s'émanciper de sa tyrannie lorsque, par réaction contre sa révolte enfantine, il est devenu son esclave soumis. Ces tâches s'imposent à tous et à chacun et il est à remarquer que leur accomplissement réussit rarement d'une façon idéale, c'est-à-dire avec une correction psychologique et sociale parfaite. Les névrotiques, eux, échouent totalement dans ces tâches, le fils restant toute sa vie courbé sous l'autorité du père et incapable de reporter sa libido sur un objet sexuel étranger. Tel peut être également, *mutatis mutandis,* le sort de la fille. C'est en ce sens que l'Œdipe-complexe peut être considéré comme le noyau des névroses. »

C'est le point capital de la théorie de Freud. Des modalités diverses du complexe d'Œdipe vont naître les symptômes des névroses et des maladies mentales. Autrement dit, il n'y aura pas de névroses ou de psychoses sans perturbations dans l'évolution du complexe d'Œdipe.

Pour Freud, on le sait, les psychonévroses représentent des tendances sexuelles infantiles refoulées ou de

véritables régressions à l'enfance. Comme toutes ces tendances contrariées concernent le complexe d'Œdipe, le complexe d'Electre et le complexe familial suivant le sexe et le nombre des enfants, on conçoit que toutes les maladies de l'esprit, dans la pensée du psychiâtre de Vienne, sont dirigées par des amours et des haines familiales mal refoulées, mal oubliées dans l'inconscient. L'amour filial de Freud, chez le nerveux, ne va jamais sans haine. En quelque sorte, nous ne saurions envisager les haines de famille sans étudier en même temps toutes les névroses, toutes les psychoses. Ainsi se trouve posé le problème par Freud. N'y aurait-il donc pas de maladies mentales sans complexes familiaux à leur base ? Faudra-t-il chaque fois que nous nous trouverons en présence d'un trouble psychique aller chercher, grâce à la psychanalyse, les souvenirs de la toute première enfance afin d'y déceler coûte que coûte un complexe sexuel, un complexe familial ? Et nous contenterons-nous, dans nos explorations pathogéniques, d'expliquer les symptômes morbides par une fixation à l'enfance, un infantilisme psychique ou par un phénomène de régression aux premières années de l'existence ?

Certes, le problème est complexe. Il est difficile de trancher. Ce sont à la vérité les causes mêmes de la haine familiale morbide qu'il importe de découvrir et de déraciner. Coûte que coûte, il faut être médecin, non pas au sens étroit du mot, mais médecin d'abord, psychologue ensuite pour autant que psychologue et clinicien ne feront qu'un. Le psychiâtre sera avant tout neurologiste, biologiste, physiologiste. Sûr de ces méthodes, alors il pourra hasarder des hypothèses psychologiques de travail.

Tout d'abord le clinicien, en présence d'une maladie mentale récente, peut découvrir une haine familiale qui dure depuis des années, depuis toujours. Ou la haine sera emportée, brassée, noyée, oubliée dans le courant de la psychose, ou elle évoluera parallèlement à elle, sans modifications notables ; ou elle recevra un coup de fouet de la psychose voisine, sans perdre ses

caractères antérieurs. Mais le médecin qui connaît l'étiologie de la psychose ne la rattache en rien à la haine.

Plus intéressant est le cas où le médecin, consulté sur un différend, un dissentiment familial, a l'attention attirée sur l'existence d'une maladie mentale. C'est très fréquent. La haine a joué ici le rôle de signal-avertisseur, de signal-symptôme. Et bien que son apparition marque le début des accidents morbides, elle peut être en partie justifiée, tout au moins rationnelle.

L'ambiance a souvent sa part de responsabilité, soit qu'il y ait eu des torts réels de la part de la famille, soit que les torts jaillissent du fait même de la maladie du sujet, c'est-à-dire que les parents, par exemple, ignorants d'une affection mentale chez leur enfant, ont pu être maladroits avec lui, commettre des erreurs de psychologie. On pourrait dire ici que la haine du malade est, jusqu'à un certain point, d'origine exogène et l'on ne saurait trop insister sur le rôle des interréactions familiales dans le développement de la haine morbide. La plupart du temps, en aliénation mentale, la haine est endogène, procédant des caractères pathologiques du sujet, venant *gratuitement* de lui sans avoir été en rien motivée par l'entourage qui a gardé une passivité absolue. La haine fait partie du tableau clinique. Elle est un reflet. Elle reçoit sa teinte et sa formule du fonds mental de celui qui l'éprouve. C'est pourquoi un bon psychiatre pourra envisager tel ou tel diagnostic suivant le mode d'expression de la haine. Les mobiles invoqués pour l'expliquer dénoncent à eux seuls la valeur intellectuelle et les tendances du sujet. Haine intéressée poursuivant l'argent, le bien-être, les honneurs, fréquente chez les pervers où l'amoralité foncière des sentiments renforce ses réactions à une impulsivité sans contrôle. Haine à mobile altruiste du redresseur de torts qui flétrit ce qu'il croit être le mensonge, la laideur morale. On la rencontre chez le persécuté. Haine injuste, irraisonnée, illogique, autiste en un mot, du schizomane et du schizophrène, ayant rompu les ponts avec l'ambiance et extériorisant en haine ou le malaise cénesthésique ou un autisme insatisfait.

Par contre, le désordre et le tumulte des réactions n'empêcheront pas de rechercher la valeur affective plus ou moins cachée de certaines manifestations de haine apparente consistant en scènes, brouilles, violences, protestations de sentiments hostiles liées en général à la colère, etc. C'est ainsi, nous l'avons dit, qu'il y a plus d'automatisme que de passion vraie dans les haines que semblent manifester dans certains cas les paralytiques généraux, les déments séniles, les idiots. Les dégénérés, les déséquilibrés ont plus de réactions que de haine vraie, à part les cas compliqués de psychose perverse. Quant aux phobies et aux obsessions évoluant sur un terrain psychasthénique, je crois, en matière de haine familiale, qu'elles expriment tantôt vraiment la peur de haïr, tantôt le désir inconscient et masqué de le faire. On ne saurait généraliser les idées de Freud, si vraies cependant chez un grand nombre de malades.

Dans ces cas d'obsessions-phobies où le sentiment ne me paraît pas altéré et où c'est la crainte seule de sa transformation qui donne aux malades cette impression, on peut parler de *fausses haines*. Il est bon de savoir les dépister, de savoir les comprendre. Car un mot peut soulager le malaise qu'elles donnent à l'âme.

Les mélancoliques nous en fournissent souvent des exemples. Comment le croire ? Ces mélancoliques déprimés, en proie à une douleur morale qui les abat et les plonge dans l'inertie, toujours humbles, résignés, prêts à l'humiliation, seraient capables de haïr ? Ils le croient ou plutôt ils le redoutent. Comme ils se trouvent changés et devenus incapables, d'après eux, d'aimer, de sentir, de s'émouvoir, ils font de ce sentiment d'indifférence un tableau pessimiste qui va bien avec leurs tendances à se croire indignes, coupables et irrémédiablement perdus. Ils ne vibrent plus au milieu de leurs enfants, de leur mari, de leur femme, de leurs parents ? Parbleu ! ils sont méchants, sans cœur. Ils haïssent. En fait, ils se reprochent de haïr, justifiant ainsi leurs sensations pénibles. Cette haine dont ils s'accusent à l'égard de leur famille, n'est-ce pas le contraire de la haine ?

Est-ce à dire qu'elle ne soit pas dangereuse, malgré

les apparences ? Ne sommes-nous pas en plein délire ? J'ai vu des mères s'accuser d'être damnées, d'être condamnées à haïr ! Alors, que deviendra l'enfant, ce nouveau-né qui a besoin d'être protégé, nourri, couvé ! Que deviendra-t-il si sa mère le déteste et le néglige ! Non, plutôt n'importe quoi que cet abandon. Il ne faut pas que l'innocent souffre et gémisse ! Voilà pourquoi les mères tuent: l'infanticide par amour ou par crainte de la haine !

Ainsi, dans un grand nombre de cas, les causes de la haine ou de manifestations qui en donnent l'apparence sortent de la constitution même du sujet, de l'affection mentale qu'il présente. Le pronostic de la haine dépend dans une certaine mesure du pronostic de la psychose. La haine, même si elle encombre le tableau clinique, est ici secondaire. Elle n'a guère que la valeur d'un symptôme. Il faut bien savoir en effet qu'il y a des cas où la haine n'est familiale que parce que la famille est en quelque sorte à portée du malade. A son défaut, la haine se répercuterait sur l'ambiance, sur le voisinage, sur certaines corporations, etc. C'est ce qu'on observe parfois dans la folie morale, où le besoin de haïr l'emporte sur le motif et s'exerce sans tenter de se justifier, dans la paranoïa où l'on voit un persécuté tantôt accuser primitivement sa famille de le torturer, tantôt ne porter ses soupçons sur les siens qu'après avoir englobé le genre humain tout entier dans ses persécutions et parce qu'il n'a pas trouvé dans sa famille la sécurité que son tempérament méfiant et ombrageux lui empêchera toujours de reconnaître.

Mais il en va autrement dans d'autres cas tout opposés où la maladie mentale naît de la haine familiale. Il s'agit le plus souvent de psychonévroses: obsessions, anxiété, hystérie, perversions sexuelles, homosexualité ou d'ébauche de schizomanie et de schizophrénie.

Tantôt la haine est consciente, reconnue par le sujet. Le plus souvent, il l'ignore, bien que pour le psychologue elle paraisse affleurer à la surface de la personnalité. C'est alors qu'il faut faire appel à la notion du complexe d'Œdippe et d'Électre. On conçoit que le

complexe de haine tienne en mains le syndrome morbide. Il le conditionne. Que ce complexe soit tranché par une thérapeutique appropriée et la psychonévrose doit guérir. Tout à l'heure, la haine cédait avec la psychose, ici la psychonévrose cède à la condition que la haine soit réduite.

Ainsi, en présence d'un sujet atteint d'une affection mentale, la haine familiale qu'il présente dépend :

a) de sa mentalité, autrement dit de sa constitution et de sa psychose ou psychonévrose ;

b) du tort dont il a été réellement l'objet ;

c) du tort dont il croit avoir été l'objet (illusions, interprétations, hallucinations, intuition, délire, autisme) ;

d) de l'impassibilité ou des réactions de défense du ou des membres de la famille que le malade accuse et attaque ;

e) des réactions du malade lui-même : les haines collectées (analogie avec un abcès) entretenant la psychose, les haines ouvertes libérant souvent les complexes mais dangereuses d'emblée pour l'entourage.

Du reste, que la haine soit primitive ou secondaire, qu'elle tienne la clef des syndromes ou ne soit qu'un symptôme dans un syndrome, ce sont toujours les mêmes thèmes qui l'alimentent. On recherchera l'intérêt, l'amour-propre, l'orgueil, l'envie. (Pour Spinoza, *individia est ipsum odium.* L'envie serait la haine même). Cette idée se retrouve dans Jones (1) qui écrit: « Nous ne haïssons jamais une personne qui ne soit pas d'une manière ou d'une autre (bien que cela ne soit pas toujours évident) supérieure à nous-mêmes, plus forte que nous, qui n'ait quelque pouvoir sur nous. » Il faut surtout entre les êtres qui se haïssent un fort lien affectif, c'est pourquoi les déceptions de l'amour sont à la base de bien des haines familiales et c'est Freud qui a eu le mérite de nous montrer que les déceptions de l'amour sont loin d'être étrangères à l'enfant.

(1) JONES. — *Traité de psychanalyse.* Payot, éd.

⁂

Le traitement des haines familiales morbides se mettra au service de leurs causes.

Toutes les perturbations familiales graves doivent être suspectes. Nous avons vu qu'elles ont souvent servi de signal-symptôme d'une psychose au début. Il ne s'agit pas d'être pessimiste puisqu'à côté des haines vraies, haines-passion, il y a de simples brouilles, ou de simples scènes de famille. Mais la gravité des réactions n'est pas toujours en rapport avec le sentiment qui les inspire. Une scène de famille banale peut entraîner un geste homicide chez un pervers impulsif et débile, chez un alcoolique, etc. Au contraire, des haines farouches peuvent n'entraîner aucune réaction chez des paranoïaques résignés.

Aussi le médecin sera avant tout médecin. En injectant du mercure ou de l'arsenic à des syphilitiques, en faisant une cure de désintoxication hépato-rénale chez les déments séniles, les confus, les toxicomanes, etc., en traitant tous les appareils de ses malades, le psychiâtre verra souvent la haine s'améliorer en même temps que la psychose qui la conditionnait.

Dans la folie morale, dans les délires, la séparation du malade d'avec le milieu familial s'impose et cela au prorata du caractère impulsif du sujet. La séparation, l'isolement permettent dans une certaine mesure un apaisement de la haine et si les malades peuvent être déplacés, envoyés dans un centre éloigné de leur famille, ils sont susceptibles, sous une surveillance médicale bien entendue, de reprendre au dehors une activité utile. Pour notre part, nous avons pu remettre en liberté dans ces conditions et sans incidents ultérieurs des malades dont la haine délirante était systématisée sur leur famille. Evidemment, c'est une question d'espèces.

Exigeront un traitement tout différent les psychoses et surtout les psycho-névroses qui semblent, dans certains cas, unies à une haine familiale par des liens étiologiques. La haine est tantôt consciente, tantôt ignorée du sujet et c'est alors l'analyse et l'interpréta-

tion des symptômes morbides qui la révèlent. Les exemples de ces faits se recrutent surtout dans la schizomanie, la schizophrénie, l'hystérie, la neurasthénie, la psychasthénie, le déséquilibre psychique, les phobies, les obsessions-impulsions, l'anxiété, etc., bien entendu sans commettre le ridicule de reconnaître toujours la haine comme explication univoque de ces affections.

Ne nous attardons pas à la thérapeutique des symptômes. Ou nous savons — ce sentiment étant avoué par le malade — que la haine est à la base de son état, ou si la haine est inconsciente, notre intuition clinique et certains indices nous incitent à la rechercher.

La première condition c'est de la regarder en face. Qu'on évite de se voiler le visage au seul nom d'une famille bouleversée. Soutenons la thèse de la lumière : ne rien laisser dans l'ombre. Forcer les secrets. Un incident — même futile — a pu prendre corps et se fortifier dans la personnalité. Arracher les racines. Au début, le traitement peut envenimer la psycho-névrose, car le prétexte futile derrière lequel le sujet s'abritait ayant sauté, ayant été dénoncé, il reste la haine nue, la haine pure. C'est mieux ainsi. On mettra à jour les arrière-pensées, car les bouderies durables des schizophrènes se greffent souvent sur des causes insignifiantes.

La psychothérapie n'est pas toujours insuffisante à venir à bout de ces haines familiales et partant à faire cesser la psycho-névrose. Dans certains cas de déséquilibre psychique, de faux déséquilibres, devrions-nous dire, de neurasthénie, de psychasthénie, d'anxiété, nous sommes arrivés à d'excellents résultats par ce traitement.

Mais dans les cas rebelles de phobies, d'obsessions-impulsions, dans la schizomanie et la schizophrénie où la personnalité tout entière rétractée ou parfois tout entière retournée répond non plus à nos modes de pensée logiques mais à un mode de pensée autiste, en rapport avec une logique affective qui n'a rien à faire avec la logique rationnelle et qui nous est incommunicable, on devra recourir à la psychanalyse.

La famille pour ces sujets est un champ de bataille. Il faut les en retirer. Il faut que leur cœur, douloureusement concentré, se détende et se répande sur son nouvel entourage. On pénètrera, par les fissures de l'inconscient, dans l'intimité la plus ignorée du sujet. On se servira des pensées libérées pour tenter de refaire une mentalité qui suivait jusqu'alors des voies anormales et surtout asociales. On réadaptera l'individu à une saine existence, et l'on pourra tenter l'expérience de le replacer dans son milieu familial. Il apportera une âme renouvelée, un regard transformé. La charge affective qui naguère accablait son cœur comme un rocher se sera mieux répartie. Mais c'est parler de cas heureux. Souvent la tâche est plus ingrate et le résultat douteux.

Beaucoup de haines familiales d'apparence inexplicable ont leur secret dans l'enfance. Selon Maeder : « L'enfant est placé dans la famille dans une sorte de « champ bipolaire d'influences, dont le père et la « mère sont les deux pôles ou centres dynamiques, « alternativement ils stimulent ou inhibent par action « attractive ou répulsive ses propres tendances, les « dirigent vers un développement naturel, la réalisa- « tion de son être. La mère stimule la sensibilité, « l'affectivité, l'imagination, l'intuition, elle favorise « l'épanouissement des sentiments, du sens social et « de la vie intérieure, fondement de la morale, accès « à la vie religieuse ; le père stimule le sens d'obser- « vation du monde extérieur, vitalise les énergies, « l'instinct d'agression, il symbolise l'autorité qui « défend, réprime, il dirige, fortifie la volonté, déve- « loppe l'intelligence et l'individualisme ; en un mot, « il lui ouvre l'accès à la réalité extérieure, nature, « société, état, mais il cultive aussi sa pensée qui le « conduira plus tard à la connaissance de soi-même, « à une conception de la vie et du monde. »

Mais les choses se compliquent, l'affectivité enfantine peut être bouleversée, « parce que, ajoute Maeder, « les parents ne sont pas seulement une fonction édu- « catrice des enfants, ils sont les êtres autonomes qui « ont leur vie à eux ; comme tous les hommes ils sont « des êtres incomplets, imparfaits, dont l'influence sera

« nécessairement hétérogène » (Maeder, Régulation psychique et guérison, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie,* volume XVI, fasc. 2).

Tous les incidents de l'existence, les moindres maladresses des parents frappent la curiosité naturelle à l'enfant et seront pour lui la source d'émotions, et cela d'autant plus gravement qu'il pourra être héréditairement un émotif ou un schizoïde par exemple.

Si les complexes affectifs attendent le plus souvent la puberté pour se traduire en symptômes morbides, il n'en est pas moins vrai que l'enfant peut, dès les premières années, présenter des obsessions, des phobies, des crises d'angoisse, des colères morbides, des troubles de la conduite et du caractère en rapport avec ces complexes. Mon collègue et ami, le Dr Vinchon, a bien voulu me communiquer l'observation d'un enfant de 4 ans 1/2 qui présentait des crises d'angoisse provoquées par la peur de perdre sa mère, parce qu'il avait assisté à des scènes entre ses parents où il était question de séparation. Dans la littérature psychanalytique, on ne compte plus les faits de ce genre (Freud, Maeder, Laforgue et Allendy, Jones, etc., etc.). Bovet (1) donne des explications ingénieuses pour certains enfants fugueurs et vagabonds. Pour cet auteur, l'enfant vagabond est avant tout un être qui s'est détaché de ses parents. Pour quel motif ? Là jouent les hypothèses : 1° de Freud, à savoir que l'enfant voit dans son père un rival qui l'humilie, qui l'évince dans son amour pour sa mère ; 2° d'Adler pour lequel la révolte de l'enfant vise le tyran qui lui est supérieur par la force. Ces sentiments éveilleraient chez l'enfant l'idée de rébellion plus ou moins consciente. C'est le point de départ d'un conflit mental qui ne saurait être tranché que par le rêve ou par l'action adaptée. D'une part, l'enfant peut rêver la mort de ses parents ou la sienne propre, il peut rêver que ses parents le quittent ou que c'est lui qui les quitte. Dans la réalité, quel est le moyen offert ? Le parricide, le suicide, le bannisse-

(1) Bovet. — Enfants vagabonds et conflits mentaux. *Journal de psychologie,* 1924, n° 13.

ment des parents ? Ce moyen n'est guère pratique. Reste l'abandon du foyer paternel qui fera cesser le conflit.

Il est bien évident que Bovet, en attirant l'attention sur la possibilité d'un conflit chez le vagabond, montre une pénétration très utile au point de vue pratique. Il serait trop simple, en présence de jeunes fugueurs, ou d'enfants présentant certaines impulsions violentes à caractères plus ou moins symboliques, de parler toujours de folie morale, d'invoquer la toute puissance d'instincts pervertis. Il n'est pas rare de voir des enfants, à la suite d'un conflit familial non dénoué, trouver eux-mêmes, à leur insu, inconsciemment, la solution morbide de leur complexe, en versant, les uns dans la schizoïdie et la schizomanie, les autres dans les obsessions, les phobies ou les manifestations hystériques. Mais dans ces cas, il existait chez l'enfant un malaise plus ou moins vague, plus ou moins subconscient, qu'avait fait naître la dysharmonie intime due au conflit mental. Il ne faut pas généraliser et la haine familiale n'est pas toujours la suite logique d'un complexe, pas plus que le vagabondage n'est chez tous les enfants qui le présentent, la tentative d'évasion d'un conflit intime à thème parental. C'est au médecin à se rendre compte, en dernière analyse, s'il a affaire à un schizoïde, un obsédé, un persécuté ou un pervers, un fou moral.

C'est surtout à partir de la puberté que les complexes affectifs aboutissent à la psychose et à la psychonévrose. Le médecin soucieux de son art ne devra pas traiter à la légère ces crises de larmes ou de colères, ces bouffées anxieuses, ces dépressions vagues, ces reploiements, ce goût de la solitude, ces rêveries sans fin, ces scrupules, ces craintes, ces obsessions, ces ruminations incessantes qu'on observe souvent chez les jeunes gens et les jeunes filles. Dans un grand nombre de cas, la psychanalyse peut les guérir et les empêcher de verser dans la schizomanie et la schizophrénie. C'est souvent jusque dans le berceau qu'il faut aller chercher — trop tard — le secret d'une haine morbide qui a désolé toute une vie, qui désole encore le vieillard !

Aussi, pour faire œuvre complète, le médecin ne saurait-il se désintéresser de l'éducation de l'enfant dans le milieu familial. Il est évident que les parents doivent allier beaucoup d'aisance à beaucoup de retenue dans leurs propos et leurs manières, sans avoir l'air mystérieux ou dissimulé ; la curiosité de l'enfant s'aiguise si vite jusqu'à la douleur. C'est à peine si Freud est allé trop loin dans ses conclusions ; à l'âge où l'affectivité est encore une vague nébuleuse détachée de la vie organique, déjà le fils montre la préférence pour la mère, la fille pour le père. Sans doute, ces tendances sont sexuelles, sans doute elles sont incestueuses, mais pourquoi juger des termes avec notre séculaire appareil moral qu'effarouchent les mots plus que les faits, pourquoi rougir de phénomènes psychologiques que nos préjugés jugent honteux. Ces sentiments d'amour pour le parent du sexe opposé et de jalousie envers le parent du même sexe sont le fond, nous le savons, du complexe d'Œdipe et du complexe d'Electre.

Pour peu que l'éducation ait laissé à désirer, que l'enfant ait eu à souffrir de certains exemples et que ses tendances passionnées aient été brutalement réprimées ou au contraire lâchement favorisées (rôle néfaste de l'adulation), l'ensemble des sentiments familiaux risquera d'être bouleversé, et avec eux peut-être le développement moral de la sexualité. On pense avec quel tact, quelle délicatesse les parents doivent veiller à la sensibilité de leur enfant. Combien se doutent de leur responsabilité ? Le cœur de l'enfant contient en germe pour l'avenir son bonheur ou sa tristesse. La vision que nous avons de notre village, de notre patrie, du monde entier n'est souvent que l'agrandissement de la vision que nous eûmes, tout petits, de notre foyer.

L'autorité du père est sans doute le pivot de l'harmonie familiale. Mais quel délicat réglage elle exige ! Les uns tiennent pour la main de fer, les autres pour l'indulgence et la faiblesse, et je crois que personne n'a tout à fait raison. Au lieu de diriger l'enfant en

lui imposant sa manière de penser, sa manière de sentir, le père soucieux d'éduction intelligente, devrait faire abnégation de sa personnalité et pénétrer dans les sentiments de son enfant comme s'ils étaient les siens propres. Il apporterait les lumières de son intelligence et de son expérience chez un jeune être dont il partagerait un instant les émotions et les sentiments. Le conflit est fatal si l'un ne se met pas à la place de l'autre. Le cœur d'un père et le cœur de son fils ne battent jamais du même rythme. Toute une vie les sépare. Il paraît simple de donner des conseils, simple d'écrire un traité de morale lorsque l'on part de 0, d'un cœur vierge comme la page blanche sur laquelle on va écrire. Mais en vérité devant un conflit, un problème donné, quelle attitude prendre et en dernière analyse qui oserait édicter des principes stricts d'éducation ?

Le problème est difficile, mais le médecin n'a pas le droit de s'y soustraire. Attirer l'attention du psychologue et du sociologue, c'est, après avoir fait œuvre thérapeutique, faire œuvre prophylactique. Je suis trop incompétent pour faire autre chose que de souligner l'importance de la question et indiquer quels principes d'éducation, tirés des causes principales des haines pathologiques ne seraient peut-être pas mauvais. J'ai voulu simplement montrer l'intérêt diagnostique, étiologique et thérapeutique qui s'attache à la connaissance de ces haines familiales morbides, qu'une excessive discrétion, qu'une pudeur trop retenue, fait passer sous silence.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 29 MARS 1926

Présidence : M. SOLLIER, Président

Mme Minkowska, MM. Abély, Beaudoin, Borel, Collet, Dupouy, Minkowski, Rayneau, Robin, Targowla, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture du procès-verbal de la dernière réunion. Le Professeur Claude fait, à l'occasion du procès-verbal et de la communication de M. Minkowski : « Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie », un exposé que l'on trouvera plus loin.

Le procès-verbal est adopté.

Proposition d'un vœu concernant la rédaction des certificats d'internement et de transfert

Par MM. Henri CLAUDE et Gilbert ROBIN

M. ROBIN. — A la séance de la Société Médico-Psychologique du 26 avril 1923, avec mon Maître le Dr Henri Colin, j'avais attiré l'attention sur le fait que les résultats des recherches biologiques, chimiques, voire physiologiques, n'étaient jamais mentionnés sur les certificats d'internement, ce qui obligeait le médecin traitant à pratiquer une ponction lombaire qui avait été déjà faite peu de temps auparavant. Aussi, dans l'intérêt du malade, avions-nous, M. le Dr Colin et moi, émis le vœu :

« Que dans la rédaction d'un certificat médical d'internement figurent à côté de l'énumération des symptômes morbides les résultats des réactions humorales, chi-

miques et biologiques, si leur recherche a été jugée utile par le médecin et s'il croit ces résultats de nature à éclairer le diagnostic. »

M. Antheaume, alors président, avait bien voulu appuyer nos vues et M. le Professeur Claude proposait de communiquer ce vœu à la Société Médicale des Hôpitaux.

La Société Médico-Psychologique avait bien voulu adopter ce vœu d'ensemble à l'unanimité.

Aujourd'hui, M. Claude et moi, nous insistons pour que ce vœu, adopté, soit appliqué d'une manière plus générale et nous voudrions insister sur un fait nouveau.

Il arrive que les malades soient transférés d'un asile dans un autre sans que les traitements qu'ils ont subis aient été transcrits sur les certificats. C'est ainsi que nous avons vu des syphilitiques subir plusieurs séries consécutives d'injections arsenicales, alors que la prudence eût recommandé l'abstention. D'autre part, l'impaludation est devenue un traitement de choix dans la paralysie générale. Or, il est arrivé qu'un malade transféré a pu être impaludé deux fois, parce qu'il n'était pas fait mention du traitement dans le certificat de transfert. Ces inconvénients peuvent et doivent être évités.

En conséquence, nous proposons que dans la rédaction d'un certificat médical d'internement et de transfert figurent non seulement les résultats des réactions humorales, chimiques et biologiques propres à éclairer le diagnostic, mais encore les modes de traitement subis antérieurement par le malade, surtout quand il s'agit des traitements antisyphilitiques et principalement de l'impaludation.

Le vœu présenté par MM. Claude et Gilbert Robin est adopté à l'unanimité.

La Société aborde la discussion de la communication faite par M. Minkowski à la séance de février : « *Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie* ».

A propos de la schizoïdie et de la schizophrénie

Par M. Henri CLAUDE

Dans les dernières séances de la Société, il a été beaucoup question de la schizoïdie et de la schizophrénie et des opinions assez différentes ont été manifestées pour qu'il soit désirable qu'un débat plus étendu soit ouvert sur ce sujet.

Lors de la communication de MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn qui portaient, à propos de leur malade, le diagnostic de schizomanie chez une schizoïde, on a parlé d'hystérie, on a demandé de la ramener après son mariage (nubat illa !), on a parlé d'état névropathique simple, avec troubles du caractère comme on en voit couramment dans la vie ordinaire « sans qu'on puisse parler de schizomanie ». Or, si mes renseignements sont exacts, cette malade a évolué vers une psychose paranoïde ayant nécessité l'internement, ce qui justifie les réserves qu'avaient faites très à propos MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn.

D'autre part, au sujet de cette présentation, M. Minkowski a cru devoir vous mettre de nouveau en garde contre les interprétations fausses que nous avons, en France, de la conception de son maître Bleuler, et déclaré que les cas que nous avons décrits, avec mes collaborateurs, en croyant apporter une note originale, n'étaient que « des variétés de la schizophrénie ».

Je voudrais répondre à quelques-unes de ces critiques et reprendre surtout la question des rapports de la démence précoce et de la schizophrénie, et de la nature des états schizoïdes tels que je les entends.

Mais tout d'abord je tiens à déclarer que si nous avons été de ceux qui ont le plus contribué à faire connaître les idées de M. Bleuler en France où elles étaient encore peu connues il y a quelques années, c'est que nous professions le plus grand respect pour sa personne et la plus grande admiration pour son œuvre. Pouvions-nous néanmoins conserver notre liberté de pensée et apprécier les faits qui étaient soumis à notre

observation d'une façon un peu différente, en rétrécissant ou en élargissant selon nos besoins le cadre de la schizophrénie ? Nous avons pensé que ce droit ne nous était pas interdit, et qu'il est toujours permis, en suivant une orientation générale, de ne pas s'astreindre à accepter servilement une doctrine. D'autant plus que si les travaux de M. Bleuler nous ont été révélés tout d'abord par l'analyse si exacte et si claire qu'en donna M. Trénel en 1912, et par les articles de vulgarisation de M. Minkowski, nous avons puisé surtout largement aux sources et c'est une lecture soigneusement mûrie de l'article fondamental de M. Bleuler qui a été à la base de nos travaux beaucoup plus que les interprétations qu'en a données M. Minkowski. Maintenant je dois répondre à une objection qui nous a été faite : on nous a reproché d'avoir donné aux termes de schizoïdie, de schizophrénie, une signification différente de celle que leur réservaient M. Kretschmer et M. Bleuler. Nous n'avons pas eu à notre disposition de mots de nature à caractériser mieux notre pensée qui avait été éclairée par les travaux de ces auteurs et si nous avons employé le terme de schizomanie c'est justement parce qu'il énonçait déjà une tendance particulière de l'état psychopathique de certains malades. Enfin nous ajouterons que notre cas n'est pas isolé : Kræpelin a pris le mot de démence précoce et celui de catatonie dans un sens différent de celui que leur attribuaient Morel, d'une part, et Kahlbaum de l'autre ; quant au terme de paranoïa, chacun l'a utilisé au gré des conceptions qui lui étaient personnelles.

Enfin je voudrais encore faire une remarque relative à la nécessité, lorsqu'on discute des sujets aussi susceptibles d'interprétations personnelles, de mettre les faits en cause sous les yeux des observateurs ou des lecteurs. La critique la plus grave que je suis tenté de faire à la plupart des travaux allemands que je me suis efforcé de lire, c'est que leur obscurité et leur complexité indéniables résultent de l'absence complète d'objectivité. Il s'agit continuellement de vues de l'esprit, de généralisations, d'affirmations sans aucun fait clinique à l'appui. C'est une tendance d'esprit qui s'est aussi manifestée dans notre société et que pour ma part,

sans vouloir adresser une critique désobligeante à personne, je regrette car je crois qu'elle est contraire à la tradition qui a valu à la pensée française sa réputation de clarté. Est-ce que la pathologie si vivante encore de nos jours de Trousseau ne reposait pas continuellement sur les multiples observations cliniques dont il illustrait ses démonstrations ? Et dans notre domaine spécial, Esquirol, Morel n'ont-ils pas appuyé leurs opinions sur des observations, parfois même avec des portraits, que nous avons tous encore présentes à la mémoire ? J. Falret, Lasègue, Magnan, et plus près de nous Chaslin, pour ne citer que quelques-uns de nos grands observateurs, n'ont avancé leurs conceptions si originales qu'en soumettant à la critique les faits qui leur avaient servi de base. M. Kræpelin et M. Bleuler, également dans leurs Traités, ont dans une certaine mesure observé la même méthode. C'est pourquoi, nous aussi, nous vous avons amené souvent ici nos malades et nous avons cru ne devoir formuler certaines opinions qu'en vous soumettant les histoires cliniques de nos sujets.

De telles conditions nous ont conduits à admettre que la classe des *démences primaires des sujets jeunes* pouvait comprendre diverses catégories dont je voudrais discuter l'existence maintenant.

M. Bleuler intitule son ouvrage: *Démence précoce ou schizophrénie,* c'est-à-dire qu'il ne fait pas de distinction entre les deux termes et proclame l'unité de la maladie qui trouble si profondément la personnalité des sujets jeunes ou des adultes. Sans remonter aux remarques déjà si curieuses d'Esquirol (1) sur l'idiotie accidentelle ou acquise, ni aux observations de Morel (2) dans son chapitre sur la stupidité où nous trouvons sous des désignations différentes des observations qui rentrent dans notre conception de la démence précoce et de la schizophrénie, telles par exemple, celles de Célestine G. (démence précoce) et de Séraphine T. (démence schizophrénique), nous

(1) Esquirol. — *Maladies mentales,* 1838, t. II, p. 105.

(2) Morel. — *Traité théorique et pratique des Maladies mentales,* 1855, t. II.

trouvons dans la remarquable étude de Christian (1) des observations qui sont conformes à la conception de l'hébéphrénie de Kahlbaum-Hecker : l'hébéphrénie de Hecker est une affection mentale qui débute à l'époque de la puberté, se manifeste par des alternatives ou une succession d'accès de manie ou mélancolie, et marche rapidement vers la démence. La plupart des observations de Christian, qu'il s'agisse de ce qu'il appelle hébéphrénie grave, ou légère, mitigée, sont du même type. Quelle que soit la forme de début, il s'agit le plus souvent de sujets jeunes qui, après une enfance et une adolescence normales, sans hérédité similaire ou même sans hérédité psychopathique, se préparent à des carrières libérales, et qui à un certain moment, indépendamment de tout conflit affectif, de toute perturbation dans leur condition sociale, présentent des signes de fatigue cérébrale, des crises délirantes passagères, plus ou moins accusées, des crises d'excitation ou de stupeur et tombent dans un temps plus ou moins court dans un état de gâtisme avec déchéance intellectuelle globale. « L'image du dément précoce, dit Christian, lorsque la maladie a atteint son degré le plus élevé, est celle de l'idiot réduit à la vie végétative (3e degré d'Esquirol). » Certains peuvent présenter du délire avec ou sans hallucinations, ou des hallucinations simples, de la stupeur, de la catatonie, des impulsions, etc.

Ce type, nous pensons qu'il a son individualité propre et d'ailleurs, avant que M. Bleuler n'eût attiré l'attention sur les phénomènes de dislocation de la personnalité qu'on observait chez certains de ces malades, il était assez conforme à la description de M. Kræpelin. M. Minkowski déclare qu'il n'y a lieu de réserver le terme d'affaiblissement intellectuel « qu'au déficit caractérisé par une défaillance des fonctions vraiment intellectuelles, en premier lieu de la mémoire et du jugement, telle que nous la trouvons réalisée dans la paralysie générale ou la démence sénile. Il en est de même du terme démence. »

(1) Christian. — La Démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1899.

Tout d'abord nous ferons remarquer que les troubles de la mémoire peuvent ne pas être très accusés dans la paralysie générale et même dans certains affaiblissements psychiques séniles, ainsi que les troubles du jugement, et d'autre part si M. Minkowski n'a pas vu de cas méritant ce nom de démence précoce dans le sens strict du mot, c'est-à-dire d'affaiblissement global des facultés intellectuelles, il nous en passe fréquemment sous les yeux. Je citerai seulement un cas que je suis depuis 1914.

Pierre H., né en 1897. Aucune hérédité psychopathique ou nerveuse importante chez les parents, les grands-parents, les parents de divers degrés que je connais particulièrement. Pas d'aliénés dans la famille. Milieu protestant, très uni, très correct. Un frère et une sœur aujourd'hui mariés, normaux. Dans l'enfance tuberculose localisée à un os du tarse, séjour à Berck. Guérison, sans autre maladie grave. Etudes au lycée, intelligence moyenne, suivait bien les cours jusqu'en 1914, quoiqu'avec un léger retard dû à la maladie de l'enfance. En 1914, en classe de première, ralentissement, sans cause, de la capacité de travail, fatigue cérébrale, diminution de la mémoire, se plaint à ses parents du mauvais résultat de son effort. Le père l'encourage, l'aide dans ses études, mais l'enfant ne réussit plus à accomplir sa tâche. Repos, exercices physiques. La torpeur cérébrale persiste. On parle d'interrompre les études quand le 23 mai survient une crise d'excitation à caractère maniaque nécessitant après quelques jours le placement dans une maison de santé. Par la suite crises d'agitation incohérente avec périodes de rémission ou phases de dépression et mutisme. Cet état se poursuit en 1915. Le malade s'occupe parfois à quelques menus travaux de découpage, manifeste une certaine indifférence affective mais pas absolue. En 1916 même état d'agitation. L'enfant est placé en Suisse dans une famille qui l'entoure de soins et essaie de l'adapter à quelques occupations de menuiserie, jardinage, dans les périodes où l'agitation est moindre. En 1917, l'agitation diminue, et en 1918 l'état est devenu assez calme pour que le malade puisse être mis à la table familiale mais il faut le faire manger, il n'a aucune initiative, il ne se livre à aucune occupation. De temps en temps périodes de mutisme, quelques impulsions.

Depuis cette époque l'affaiblissement reste le même, indifférence, apathie, aucune initiative, aucune occupation, recon-

naît sa famille mais ne se souvient pas de ce qu'on lui a dit lors des précédentes visites. Venu à Paris en 1925, ne m'a pas reconnu alors qu'il me connaissait bien autrefois, ne peut fournir aucune explication sur son genre de vie. Sait à peine qu'il est à Paris. Ses lettres ont les caractères graphiques des écrits d'un enfant de 6 ans, elles sont inspirées par l'entourage et contiennent en deux lignes quelques vagues formules affectueuses à l'égard de la famille. Il s'agit donc d'une démence globale, complète, sans aucune activité partielle, sans catatonie, sans idées délirantes, sans hallucination.

Voilà un type tel que nous en avons vu fréquemment. C'est en somme la *forme simple* de la démence précoce telle que la caractérisait Kræpelin, « l'affaissement et la dévastation progressive de toute la vie mentale » avec diminution de l'attention, la faiblesse du jugement, l'altération de la mémoire, l'affaiblissement et la disparition de l'affectivité normale, inertie, apathie, etc., qu'indiquait le psychiâtre de Munich. Il est également fréquent de voir cette démence précoce revêtir le type hébéphréno-catatonique ou le type hébéphrénique avec délire, et surtout la forme hallucinatoire. Mais ici les hallucinations ont un caractère particulier, elles sont confuses, peu distinctes, rapides, souvent intriquées les unes dans les autres : elles n'ont pas la précision qu'elles revêtent dans la forme paranoïde. Parfois cette démence précoce se traduit pendant un certain temps par la catatonie avec attitudes cataleptoïdes, stéréotypies, état stuporeux. Ces formes hébéphréniques et catatoniques se rencontrent, il est vrai, avec une fréquene encore plus grande dans la schizophrénie.

Cette démence précoce qu'on peut appeler type Morel-Kræpelin peut se développer sans cause apparente, toutefois à son origine on trouve souvent le surmenage, non pas effectif, mais surtout relatif. Il semble que pour ces cerveaux, une certaine activité psychique, un changement de condition sociale, qui seraient facilement supportés par d'autres produisent la déchéance fonctionnelle de l'organe. Dans d'autres cas, c'est l'infection ou l'intoxication

qui produit ce résultat désastreux : le virus de l'encéphalite épidémique paraît être l'un de ceux qui ont l'action la mieux établie. J'ai vu dans une famille, chez trois frères, à l'occasion de l'encéphalite, la forme catatonique se terminer dans un cas par la guérison confirmée après plusieurs années, dans un autre par la mort en moins d'un an, et dans le troisième cas par un état catatonique chronique. Les infections puerpérales, grippales, typhiques pourraient avoir le même rôle, réalisant en général le tableau de la démence post-confusionnelle de Régis.

C'est aussi dans ces cas que les lésions des centres nerveux sont sans doute le plus caractérisées. Je dis sans doute, car il est très difficile d'après les documents que nous possédons de confronter l'histoire clinique et les descriptions histologiques. Il m'a été difficile de me faire une opinion en passant en revue les travaux de Klippel et Lhermitte, de Laignel-Lavastine, de de Buck, et ceux plus récents de Joséphy, de Klarfeld, de Fünfgeld, de Münzer et Pollak. J'ai eu l'occasion d'examiner le cerveau de deux malades : l'un répondant nettement au type schizomaniaque, l'autre rentrant dans le groupe de la démence précoce classique. Dans le premier je n'ai constaté aucune altération appréciable des centres nerveux. Dans le second il existait des régions disséminées de l'écorce où les cellules étaient raréfiées, atrophiées, entourées, par des éléments satellites ; ces petits foyers existaient surtout vers la 3e couche et apparaissaient de préférence dans la région frontale et pariétale. Dans les noyaux centraux et surtout dans la couche optique on retrouvait des altérations cellulaires de même ordre. Enfin bien que le sujet fût jeune, les vaisseaux étaient souvent entourés d'une zone de raréfaction du tissu névroglique.

Tels sont rapidement esquissés les caractères que nous croyons pouvoir attribuer à la démence précoce conformément à l'opinion qui avait cours avant l'orientation des esprits dans le sens de la doctrine de la schizophrénie.

Cette conception dualiste peut paraître rétrograde en face des opinions qui se font jour de tous côtés dans la littérature allemande en particulier. Toutefois, un

certain nombre d'auteurs sont d'avis comme nous qu'il convient de réserver le nom de démence précoce aux cas où il existe une véritable démence. Berze (1), par exemple, dans un travail fort intéressant, écrit : « La schizophrénie n'est pas encore la démence précoce. On ne doit parler de cette dernière maladie que s'il y a une véritable démence. Le changement schizophrénique est un défect, mais non pas une démence défective ». Le même auteur rappelle les idées de Hinrichsen qui a dit : « dans la schizophrénie nous avons le droit de parler de troubles sans destruction » et aussi « la démence défective rend impossible les troubles réactifs psychiques et les troubles psychogènes. Et il ajoute : le trouble schizophrène, à mon avis, c'est l'hypophrénie, et cette hypophrénie n'a en soi rien à voir avec la démence. Si nous ne voulons pas rendre tout à fait floue l'idée de la démence nous ne devons pas confondre des troubles comme les hypophrénies avec la démence ». Et plus loin : « on parle de démence schizophrène parce qu'il y a des schizophrénies qui passent à la démence de telle manière que la schizophrénie se transforme sans qu'on le remarque. La démence, même en ses stades assez avancés, peut être caractérisée comme schizophrène par les troubles hypophrènes qui persistent encore. Pour la détermination des rapports qui existent, d'après soi, entre la schizophrénie et la démence précoce, je reviens à mes vues sur la manière d'être et la localisation des troubles schizophrènes d'une part, et sur les caractères histo-pathologiques dans la démence précoce, d'autre part. Je tiens le trouble hypophrène pour un trouble fonctionnel en principe cortical, causé par une insuffisance de la fonction sous-corticale d'où part l'impulsion à l'activité de cet appareil cortical. Je ne vois pas de motif obligeant à mettre en rapport le trouble spécifique hypophrène avec les transformations de l'écorce telles qu'elles apparaisent dans la démence précoce ».

(1) Berze. — Beiträge zur psychiatrischen Erblechkeits und Konstitutions forschung (Schizoïd, Schizophrenie, Dementia Precox). *Ztsch. f. die ges. Neur. u. Psychiat.*, 96 Bd., mai 1925.

Ces remarques nous ont paru intéressantes à rapprocher de la conception dualiste que nous avons exprimée, bien que nous reconnaissions qu'il y a sans doute des cas très difficiles à distinguer et probablement des formes mixtes, intermédiaires.

D'ailleurs, nous dira-t-on, quels caractères distinctifs assignez-vous à ces types de psychoses ? La démence précoce ne se développe pas sur le terrain schizoïde que nous étudierons plus loin, elle ne se relie pas en général à un épisode affectif, à une perturbation dans la condition sociale du sujet ; son développement coïncide souvent avec le *surmenage relatif* auquel a été soumis le malade, enfin la déchéance des fonctions psychiques globale avec des degrés différents, toutefois, pour chacun, est rapidement manifeste et progressive. Mais c'est surtout par l'opposition avec les divers aspects des « schizoses » que nous estimons que la différenciation apparaît justifiée.

Il convient donc maintenant de résumer les caractères que nous considérons comme propres à la schizophrénie en nous appuyant sur les textes de Bleuler lui-même. Au premier plan, Bleuler place la dissociation ou dislocation (Spaltung) des fonctions psychiques comme une des propriétés les plus importantes. J'ai souscrit d'autant plus volontiers à cette notion fondamentale, puisque, dès novembre 1910, à propos de deux cas de démence précoce observés avec Lévi-Valensi (1) j'avais insisté, comme je l'ai déjà maintes fois rappelé, sur la dissociation dans les processus morbides « telle qu'à côté de symptômes traduisant une défaillance certaine de l'intelligence, on constate des signes d'une activité psychologique *parcellaire* pour ainsi dire, aboutissant à des manifestations qui contrastent réellement avec l'expression générale ordinaire du psychisme de l'individu ». A propos d'une de nos malades, nous montrions que « le jeu des

(1) H. Claude et Lévi Valensi. — Considérations sur l'état démentiel dans la démence précoce. *Soc. de Psychiatrie*, 17 nov. 1910.

facultés d'imagination et d'association des idées, les qualités d'un certain travail manuel délicat, n'avaient paru subir à certains moment aucun déficit, alors que les tendances affectives, les facultés de synthèse mentale, le jugement et le raisonnement étaient des plus affaiblis ».

Ceci établi, je rappellerai seulement que pour Bleuler, les symptômes fondamentaux de la schizophrénie sont : le trouble dans les associations, les modifications de l'affectivité, la tendance à substituer la fantaisie à la réalité et à s'écarter de celle-ci (autisme) (1). Ces troubles contrastent avec la conservation de la capacité de perception, d'orientation, de la mémoire, et dans une certaine mesure de la conscience.

Enfin, parmi les troubles fonctionnels surajoutés, Bleuler attache une importance spéciale, non seulement aux altérations de l'attention, de la volonté (ambivalence), de l'intelligence et de l'activité, mais surtout aux modifications dans les rapports de la vie intérieure avec le monde extérieur. « Eine ganz besondere und für die Schizophrenie charakteristiche Alteration aber erleidet des Wechselverhaltnis des Binnenlebens mit der Aussenwelt (2). » « Ce détachement de la réalité en même temps que la prédominance relative et absolue de la vie intérieure, c'est ce qu'il appelle l'autisme » (3).

M. Minkowski nous dit que « Bleuler ne fait pas de la perte du contact vital avec la réalité le point central de sa conception ». Il n'en parle même pas du tout... Je ne pouvais pas soupçonner que c'est justement sur la notion de perte de contact vital avec la réalité *qui m'est personnelle,* que porterait la discussion... Je viens réclamer la paternité de la notion de perte de contact avec la réalité en tant que trouble essentiel de la schizophrénie ». Ces affirmations ne me paraissent pas d'accord avec les citations de Bleuler que j'ai rapportées.

(1) BLEULER. — *Schizophrénie,* p. 10.
(2) BLEULER. — *Schizophrénie,* p. 51.
(3) BLEULER. — *L. c.,* page 52.

J'insiste sur ces détails parce que c'est précisément la lecture de Bleuler, et non les travaux de vulgarisation de M. Minkowski qui m'avaient conduit à orienter mes recherches vers certaines formes de la schizophrénie.

Quoi qu'il en soit, on voit donc que pour Bleuler l'état schizophrénique ne comporte pas une déchéance globale des facultés intellectuelles, mais une dissociation de l'activité psychique avec perturbation ou amoindrissement progressif de certaines facultés. Il se manifeste cliniquement par les diverses variétés déjà exposées par Kræpelin constituant l'hébéphrénie, la catatonie, les états paranoïdes et enfin par la démence schizophrénique. Mais celle-ci ne se caractérise pas contrairement à l'idiotie et aux démences organiques par une perte de toutes les facultés, il subsiste une certaine capacité fonctionnelle, « l'affaiblissement n'est jamais que partiel et temporaire, et en rapport avec certaines constitutions, certains complexes ».

Sans que je puisse entrer dans de plus amples détails, je vois dans cette *forme de schizophrénie grave*, des différences importantes avec le type de démence précoce que je signalais plus haut. Certains points de contact existent néanmoins conformément à la conception de Kræpelin que rappelait M. Minkowski, car dans les deux variétés on peut admettre le caractère interchangeable des symptômes du type hébéphrénique, catatonique ou paranoïde, de même que la spécificité et la similarité des états terminaux. Il n'y a qu'un caractère que je n'accepte pas et qui ne m'apparaît pas nettement dans l'œuvre de Kræpelin, c'est la notion de l'hérédité similaire que l'expérience clinique ne démontre nullement.

Telles sont les différences et les analogies que nous reconnaissons au type démence précoce proprement dite et au type démence schizophrénique. Mais ce qui a retenu surtout notre attention et ce qui nous paraît d'une portée et d'un intérêt pratiques beaucoup plus grands, c'est l'étude de ce que Bleuler a appelé les formes simples ou latentes. Dans l'œuvre du psychiatre de Zurich, les divers aspects de la schizophrénie

sont rattachés à toutes sortes d'états psychopathiques qu'on avait accoutumé d'isoler jusqu'alors, c'est ce qui a suscité certaines critiques visant l'extension exagérée de la schizophrénie. Ou bien certaines formes cliniques ne sont l'objet que d'une description trop succincte, car Bleuler ne les considère que comme l'expression d'états voisins souvent de la normale, ou associés à d'autres manifestations psychopathiques relevant de l'alcoolisme, de la dégénérescence, de la paranoïa, etc. C'est à ces variétés d'états schizophréniques que nous avons consacré, mes collaborateurs et moi, des études qui tout en restant, à notre sens, dans le sillage de la doctrine bleulérienne apportent, croyons-nous, des éléments nouveaux permettant de différencier ces formes cliniques sous une dénomination qui les distingue de tous ces cas vaguement désignés sous l'étiquette de délires de toutes sortes, de manifestation de dégénérescence ou de déséquilibre mental, de folie morale, de folie hystérique, etc. En rattachant ces cas à la conception de la schizoïdie et de la schizophrénie, nous pensons faire œuvre utile, auprès de l'observateur français en l'incitant à chercher à l'occasion de chacun de ces malades, l'origine du trouble psychique, de façon à tenter d'en réduire le développement, et, dans d'autres circonstances, à prévenir l'apparition des troubles par une connaissance plus avertie des tendances. Mais avant de rappeler les faits que nous rapportons à la schizoïdie et à la schizophrénie, nous croyons nécessaire de montrer par une observation résumée comment nous comprenons le développement de la schizophrénie.

Jeanne V., 22 ans, nous est présentée au début de 1923 par le Dr Neuberger. Pas d'antécédents héréditaires. Mère émotive, ultra-sensible. Père un peu brutal, dur avec la mère, scènes familiales ayant impressionné la jeune fille qui par son instruction, sa sensibilité, ses goûts, s'élève au-dessus de sa condition sociale médiocre, souffre de ne pouvoir réaliser ses aspirations : sentiments religieux froissés par le contact de parents libres penseurs, aspiration au mariage, projets non réalisés, ébauche d'une vocation religieuse ; en automne 1922 achève des études d'anglais dans

un couvent en Angleterre. Attachement à une religieuse qui d'un commerce spirituel passe à des actes plus matériels (baisers sur la bouche), perturbation émotive, crise morale, conflit pour sacrifier cette affection, retour dans la famille, introspection, analyse psychologique à caractère de plus en plus embrouillé, sentiment de dépersonnalisation, régression sentimentale infantile, reploiement sur elle-même, hostilité à l'égard du père, sentiment d'influence et d'étrangeté des sensations qu'elle cherche en vain à expliquer. Logorrhée. Verbigération confuse. Séjour dans une maison de santé, fugue. Progressivement exagère son introspection, ne vit que dans ses sentiments et ses sensations qu'elle extériorise mal. Certain maniérisme, se complaît à évoquer la petite fille qu'elle était, si pure, si soigneuse, si active, compare cette petite personne à ce qu'elle est aujourd'hui, inactive, passive, souffrante. Enfin surviennent des illusions puis des hallucinations, une instabilité et un désordre des actes avec fugues, impulsions, désordre de la pensée, accès de jovialité. Séjours dans diverses maisons de santé. Désagrégation de plus en plus prononcée : accès de dépression avec mutisme, refus d'aliments, phrases stéréotypées sans lien avec la condition présente, accès d'excitation avec discordance, logorrhée, jovialité, plaisanteries. Pas d'activité utile. Périodes de mieux et de plus mal. Attachement à certains jeunes médecins des maisons de santé. Erotisme. Impulsions.

Dans ces derniers temps entre dans le service de la Clinique avec un état catatonique, négativisme. Impulsions constantes à étrangler les infirmières, sa mère, nécessité des moyens de contention, alimentation à la sonde. Cet état dure deux mois, amélioration avec le retour des règles suspendues, érotisme, jovialité, excitation psychique, enfin amélioration très importante coïncidant avec un traitement par les préparations orchitiques : sorties au dehors autorisées, ne donnant lieu à aucun désordre, affectivité normale. Cessation de traitement, rechute, retour de l'excitation avec incohérence, allusions aux médecins qui ont fixé son attention, bavardage, très grande variabilité dans l'attitude, la tenue. Conservation parfaite des souvenirs récents ou anciens, adaptation beaucoup plus cohérente de la pensée au langage, soit dans les lettres, soit dans les conversations en langue anglaise. Activité pragmatique très réduite contrastant avec des capacités intellectuelles à peu près normales : réponses pertinentes sur des sujets scientifiques, littéraires, historiques. Projets d'avenir, à certains moments, judicieux.

Un tel cas, suivi depuis trois ans, contraste vraiment avec celui que j'ai relaté plus haut, dans lequel on a assisté à une déchéance primitive, globale et progressive de toutes les facultés intellectuelles, sans qu'on puisse reconnaître à l'origine de ce cas, les nombreuses perturbations affectives qui sont évidentes dans l'histoire de cette jeune fille. J'en dirai autant de la plupart des malades dont j'ai relaté l'histoire avec mes collaborateurs dans ces derniers temps, mais qui se présentèrent avec des manifestations cliniques quelque peu différentes.

Tel est le cas de Dat. (1), jeune fille qui, après s'être isolée, dans une sorte de bouderie, de son milieu familial par dépit de ne pas s'être mariée, tomba dans un état de négativisme avec inertie, assez voisin de la catatonie, dont elle sortit quelques jours pour retomber dans la même attitude après une visite à ses parents et dont elle ne se départit pas jusqu'à sa mort survenue par tuberculose. Il s'agissait d'une cristallisation de la pensée dans un processus d'intériorisation, avec indifférence affective apparente, aboulie, sans déficit psychique proprement dit. C'est dans ce cas que je n'ai trouvé aucune lésion importante du système nerveux.

Duv. (2), après une longue période de schizomanie, aboutit à un symbolisme délirant du type schizophrénique avec dissociation entre l'activité psychique banale et l'activité intellectuelle nourrie par son symbolisme. Son activité pragmatique est nulle et la malade complètement désintéressée de la réalité serait incapable de subvenir aux besoins matériels de l'existence.

Chez une autre de nos malades, ce fut une sorte de besoin morbide de curiosité (3) qui la poussa à toutes

(1) H. Claude, Borel et Robin. — Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif. *Soc. Méd.-Psychol.*, 26 nov. 1925.

(2) H. Claude et Borel. — Evolution délirante d'un symbolisme probablement adopté chez une schizoïde constitutionnelle. *Soc. Méd.-Psychol.*, avril 1923.

(3) H. Claude et A. Borel. — Une curieuse discordante. Evolution d'un état schizoïde constitutionnel vers le type hébéphrénique. *Soc. Méd.-Psych.*, 26 février 1923.

sortes d'expériences bizarres qui bouleversèrent son existence jusqu'au jour où, mariée dans des conditions absurdes, la discordance devient de plus en plus évidente. Une grossesse et un accouchement achevèrent de provoquer la dislocation d'une personnalité déjà désagrégée et des actes dangereux pour l'enfant comme pour elle nécessitèrent son internement. Cette curieuse discordante arriva par une série d'étapes à une démence schizophrénique avec excitation et dissociation profonde dans l'activité fonctionnelle de son psychisme.

Sans vouloir multiplier les exemples, nous croyons que dans tous ces cas nous retrouvons les éléments fondamentaux de l'état schizophrénique. Mais ce qui nous a paru le plus intéressant à mettre en relief dans nos recherches, c'est l'évolution progressive de ces états à l'origine desquels on trouve, contrairement à ce qui se passe dans la démence précoce, une constitution schizoïde ou les manifestations d'un état intermédiaire que nous avons désigné sous le nom de schizomanie.

La constitution schizoïde a été décrite par Kretschmer en 1921 (1). Cet auteur a cherché surtout à établir un rapport entre certains caractères morphologiques et la constitution psychique. Nous ne nous occuperons ici que de la constitution schizoïde. « Les schizoïdes, dit-il, ont une surface et une profondeur. Ils sont d'une brutalité tranchante, ou grognons ou d'une ironie cinglante ou sauvages, se retirant sans bruit, voilà la surface. Mais la surface n'est rien. Derrière une façade silencieuse qui palpite incertaine dans une humeur vacillante, rien que des ruines, rien que des décombres, que le vide de l'esprit ou que l'haleine coupante de la plus froide insensibilité. » Ce sont en somme des façades derrière lesquelles nous ne savons pas exactement ce qui se passe. Mais les particularités de la surface sont tellement variées, d'après K., que nous ne voyons pas très bien les caractères essentiels. Ces sujets, d'après l'auteur allemand, sont :

1° insociables, silencieux, réservés, sérieux, sans humeur bizarre.

(1) KRETSCHMER. — *Körperbau und Charakter*, 1921.

2° timides, craintifs, délicats, susceptibles, nerveux, irritables, amis de la nature et des livres.

3° dociles, doux, sages, d'humeur égale, émoussée, stupides.

Le tempérament schizoïde se trouve entre les pôles irritable et inerte de même que le cycloïde est entre les pôles gai et triste. La plupart des schizoïdes sont non pas ou trop susceptibles ou froids, mais bien l'un et l'autre à la fois et cela dans les proportions les plus diverses. Il y a une proportion psychesthésique entre les éléments hyperesthésie et anesthésie. L'autisme envisagé comme symptôme du tempérament schizoïde se nuance essentiellement suivant l'échelle psychesthésique de chaque schizoïde.

Telles sont les données fondamentales sur lesquelles repose la conception de Kretschmer. Elle nous est apparue également un peu trop extensive et certaines des particularités du caractère schizoïde se montreraient comme vraiment plus voisines de la constitution paranoïaque. Aussi avons-nous considéré en général que le schizoïde est surtout l'individu qui est susceptible de partager ses tendances de façons diverses et surtout contradictoires, de telle façon que par une de ses façades il apparaît comme revêtant une personnalité qui est parfois très différente d'une autre personnalité beaucoup moins apparente. Dans notre esprit, cette dissociation de la personnalité conçue dans un sens plus restrictif est loin d'être rare, elle peut être même presque la règle à une certaine période de l'enfance et de l'adolescence. Elle ne prend un caractère plus important qu'à la fin de l'adolescence, au début du stade adulte, quand la personnalité tend à se constituer et à se confirmer d'une façon définitive. Enfin ces tendances schizoïdes ne sont pas exclusives d'autres tendances associées, par exemple les tendances cyclothymiques, paranoïaques ou syntones. Bleuler a même dit que tous les hommes possèdent les deux réactions. Il y a toutefois des sujets chez qui cette constitution schizoïde s'affirme d'une façon véritablement prévalente et peut être l'origine d'une orientation particulière du psychisme vers la schizophrénie ou plutôt de ce que nous avons appelé la *schizomanie.*

Pour nous, certains individus restent toujours au stade schizoïde, c'est-à-dire qu'ils sont capables de faire deux parts dans leur vie, l'une réservée à une activité pragmatique bien coordonnée, bien adaptée, l'autre réservée à une activité de luxe en quelque sorte qui satisfait leurs goûts, leurs aspirations et procède le plus souvent de certains appétits intellectuels ou d'une mystique particulière. Leur comportement social ne donne lieu à aucune remarque.

D'autres, au contraire, poussant à un degré plus accentué soit d'une façon continue, soit par périodes, cette dissociation, arrivent à manifester, sous une forme vraiment délirante, ou avec un comportement tellement inadapté à la réalité, leurs tendances que l'existence d'un état pathologique n'est plus douteuse. L'origine de ces réactions morbides est bien toujours dans des conceptions élaborées de longue date, des constructions imaginatives, des appétits d'un ordre particulier qui ne prennent une importance pour le médecin qu'en raison de leur transposition dans un plan nouveau, proche des conditions réelles de l'existence.

La malade Duv., couturière, citée plus haut, commence, il y a plus de 25 ans, par créer des modèles de robes qu'elle croit plus adaptés à la condition, au caractère, au genre de vie de ses clientes, elle-même s'habille conformément à ses tendances d'esprit, se fait injecter de la paraffine sous la peau pour rendre son corps immuable comme le serait une statue. Peu à peu, ses robes sont si différentes de ce qui se fait d'habitude que ses clientes l'abandonnent. Elle se consacre alors aux dessins de modèles qui, malgré un certain caractère outrancier, sont acceptés par les grands couturiers car ils sont empreints d'une certaine originalité et encore adaptés au goût du jour. Puis on lui refuse ses dessins dont le caractère symbolique ne se prête plus même à satisfaire les aspirations des chercheuses d'effets nouveaux. Elle tombe alors dans la misère et sans se soucier des besoins de l'existence consacre ce qui lui reste de matériel, de fournitures, à confectionner des robes de plus en plus extravagantes. Dans un dénuement absolu, elle rentre à l'asile où elle passe son

temps à exécuter des dessins de costumes symboliques et se pare elle-même de quelques colifichets, donnant de ces diverses élucubrations des explications absolument incompréhensibles. Dans la conversation sur des sujets ordinaires elle est lucide. — Voilà un type d'évolution en plus de 25 ans de la schizoïdie à la schizomanie et enfin à la schizophrénie.

La schizomanie caractérise donc la tendance invétérée quasi-impulsive, obéissant à une force irrésistible de certains esprits à dissocier leur personnalité d'une façon impérieuse, c'est la tendance habituelle du sujet à se renfermer dans son autisme. La schizoïdie est caractérisée seulement par l'*aptitude à la dissociation de la personnalité,* qui peut ne pas être réalisée d'une façon manifeste. L'hystérie est une forme de schizoïdie temporaire, se manifestant par accès. La schizomanie est une forme permanente de la schizoïdie, elle peut s'extérioriser par bouffées plus ou moins durables, très analogues aux accès maniaques. Un malade que j'ai observé, dont les tendances schizoïdes ne se montraient guère que par un genre de vie un peu spécial, une limitation de son activité, sa réserve au point de vue sexuel, se transformait lorsqu'il entrait en périodes de crises : son caractère se modifiait, il devenait hautain, distant, insolent, hostile à sa famille, se complaisait à exécuter des peintures représentant toujours les mêmes sujets (scènes de danses orientales où figuraient des femmes nues, des vieillards, des oiseaux). Il se croyait entouré d'homosexuels des deux sexes, refusait de se déshabiller, et se livrait parfois à des fugues avec impulsions. Après plusieurs mois, tout rentrait dans l'ordre en quelques jours et il reprenait une existence d'homme du monde, distingué, élégant, poli.

La schizomanie est donc un état morbide plus avancé que la schizoïdie, laquelle ne constitue qu'une disposition, c'est un état qui peut être périodique et même régressif. C'est pourquoi j'ai pensé que la création de ce terme avait son utilité.

Il a été critiqué parce que Bleuler, ses adeptes et la plupart des auteurs allemands ne considèrent ces états que comme des formes de la schizophrénie : schizo-

phrénie simple, schizophrénie latente. Il me semble qu'il n'est pas indifférent de distinguer pourtant ces cas.

Krestchmer a dit que schizoïdie veut dire « semblable à la personnalité préschizophrénique ». Rudin a exprimé l'opinion qu'à côté des schizophrènes nets, c'est-à-dire de malades, il y a des psychopathes ayant des points de contact avec les premiers. Ewald (1) appelle psychoses schizoïdes celles qui présentent des symptômes avant-coureurs de la schizophrénie. Bumke parle pour caractériser ces cas de « schizophrénies déguisées » ou légères. — Pour Berze, les schizoïdes déguisés souffrent d'une insuffisance d'activité psychique qui « cause le rétrécissement de la vie active et les tendances antisociales non suffisamment corrigées ».

On voit donc que la distinction que nous avons établie n'a pas échappé à d'autres auteurs et que la dénomination de schizomanie répond bien à un état psychopathique particulier qu'il y a intérêt à distinguer de la schizophrénie.

De même, bien des auteurs ont vu des faits de passage de la schizoïdie simple, sans réactions, à la schizophrénie à travers ces états intermédiaires que nous avons appelés schizomaniaques et que nous ne croyons pas sans importance. Kretchmer parle de ces schizoïdes chez qui déjà l'autisme est surtout un symptôme d'hypersensibilité de telle sorte que l'état morbide de ces sujets s'accroît du fait des traumas que la vie réelle provoque chez eux.

Berze (2) a développé cette idée qu'il y a une disposition à la schizophrénie qui se caractérise chez certains schizoïdes par une *irritabilité aperceptive accrue,* surtout dans le domaine de l'affectivité, qui doit d'ailleurs être distinguée de phénomènes un peu de même ordre observés chez les maniaques. « L'hyperexcitable aperceptif est plus occupé de soi que l'homme moyen, moins influencé par le monde exté-

(1) Ewald. — Schizophrénie, Schizoïdie, Schyzothymie. *Ztsch. f. die ges. Neur. und Psych.*, 77 Bd., 1922.

(2) Berze. — *Loc. cit.*

rieur, il poursuit son but avec plus de ténacité et moins d'égards. »

On voit tout l'intérêt qui s'attache pour une compréhension et une délimitation claire de la schizophrénie à la connaissance de ces troubles préalables de la personnalité qui constituent la schizoïdie, à une analyse de plus en plus soigneuse des modalités de la schizoïdie, enfin des types intermédiaires entre la schizoïdie et la schizophrénie, cette dernière étant considérée comme l'expression d'une dislocation profonde, irrémédiable des processus psychiques.

Ceci ne veut pas dire que tous les schizoïdes soient voués à évoluer vers la schizomanie ou la schizophrénie. Néanmoins, contrairement à ce qui s'observe dans la démence précoce vraie, il semble qu'un des caractères importants de la schizophrénie doit être cherché dans un état de schizoïdie antérieure. Dans un travail récent, Strohmayer (1) dit : « Le rapport hérédobiologique entre la psychopathie schizoïde et la psychose schizophrénique ne me paraît pas douteux : où apparaissent des éléments schizoïdes, ils se développent jusqu'à la schizophrénie. » Cette affirmation est trop absolue mais l'expérience prouve que dans la généralité des cas de schizophrénie, contrairement à la démence précoce, on trouve des manifestations schizoïdes avec les complexes affectifs qu'elles engendrent.

Il est curieux même de rappeler à cet égard une observation de Morel qui contraste avec celles qu'il a rapportées de démence précoce proprement dite (2).

Séraphine T., normale jusqu'à l'âge de 18 ans. Premier chagrin sérieux à l'occasion d'un second mariage que contracte sa mère : profonde mélancolie, actes empreints d'une *irritabilité maladive,* désaffection à l'égard de sa mère, violences contre le beau-père. La mère la maltraite, l'abandonne dans un bois. Chagrins exacerbés, terreurs. Idées déli-

(1) Strohmayer. — Zur Genealogie der Schizophrenie und des Schizoïds. *Ztsch. f. die gesammte Neurol. und Psych.*, mars 1925.

(2) Morel. — *L. cit.*, p. 295.

rantes, érotisme, troubles de la menstruation, puis demi-stupidité, actes automatiques, soliloquie. Impassibilité à l'égard de la famille. Cet état s'est constitué progressivement de 18 à 21 ans.

Nous avons réuni un grand nombre d'observations de cet ordre.

En résumé, en restant sur le terrain purement clinique et sans vouloir aborder les problèmes de psychologie pathologique relatifs au mécanisme des troubles dans ces démences primaires, nous avons cherché à établir les différences qui existent, à notre avis, entre les malades présentant le tableau de la démence précoce, type Morel-Kræpelin et la schizophrénie. Dans cette dernière maladie, écartant de notre discussion les psychoses paranoïdes qui compliqueraient la question et méritent une étude à part, nous croyons que si la description de Bleuler des « schizophrénies » est trop compréhensive parce qu'elle s'étend à toutes sortes de troubles psychopathiques où l'élément schizophrénique n'est qu'accessoire, nous croyons, disons-nous, qu'elle méritait d'être complétée, comme elle a été faite par d'autres auteurs comme par nous, par la description des modalités des états schizoïdes constitutionnels qui arrivent à engendrer des types intermédiaires entre la schizophrénie et la schizoïdie, variétés à qui nous reconnaissons un caractère morbide plus accentué qu'à la schizoïdie, qu'on a indiqués comme des états préschizophréniques, ou schizophrénies latentes, déguisées, et que nous avons réunies sous le nom de schizomanies. Ces états qui comprennent une série de formes cliniques pittoresques que mes collaborateurs et moi nous avons désignés dans une série de publications sous des noms divers (schizomanie simple, schizomanie symbolique) ou qui ont été publiés sous le titre d'états de rêverie morbide, de bouderie (Borel), de haines familiales, etc., ne sont pas sans intérêt ; ils doivent être différenciés de la schizophrénie comme l'ont dit d'autres auteurs, parce qu'ils ne comportent pas le caractère démentiel qui doit être réservé à la schizophrénie, même en n'attachant à ce mot de démence

que le caractère restrictif de l'expression allemande (Verblödung). Il paraît en effet abusif d'employer le même terme pour désigner un individu complètement délirant, ou catatonique confiné dans un autisme impénétrable et inaccessible à aucune excitation extérieure, sujet à des réactions antisociales dangereuses, et à un autre sujet qui ne se distingue de l'homme normal que par une propension à une rêverie plus ou moins inadaptée à la réalité, à un symbolisme inoffensif. Enfin au point de vue du pronostic, comme de la thérapeutique, il y a une différence d'une importance capitale à établir entre ces divers types cliniques, sur laquelle nous nous dispenserons d'insister. Nous ne nions pas que le processus psycho-pathologique puisse être de même nature dans les divers degrés ou formes de ces « schizoses ». Il s'agit sans doute d'une différence dans l'intensité des insticts, des désirs, des « *ergies* » suivant l'expression de Bleuler. Or, d'après cet auteur « une partie de la mécanique qui aide à construire les instincts, l'affectivité, la volonté est encore localisée dans les centres inférieurs, surtout dans les ganglions centraux ». Ce mécanisme serait opposé aussi aux mécanisme des opérations intellectuelles dont le siège est dans l'écorce. Suivant les conditions d'interdépendance de ces deux régions du cerveau (ganglions centraux et écorce), suivant les sollicitations auxquelles leur activité fonctionnelle sera soumise, suivant enfin la capacité de cette activité fonctionnelle, on pourra avoir des modalités différentes, depuis les manifestations de la schizoïdie jusqu'à celles de la schzophrénie. Il n'est même pas défendu de penser qu'en raison des notions de pathologie générale concernant l'usure fonctionnelle et les processus abiotrophiques, la démence précoce proprement dite ne puisse être une forme de détérioration cérébrale à évolution grave et galopante, liée à des altérations brutalement destructives de certaines connexions cortico-ganglionnaires, alors que les « schizoses » depuis la schizoïdie jusqu'à la schizophrénie, n'en représenteront que des variétés plus ou moins atténuées. Il serait juste alors de rappeler l'opinion émise

dès 1906 par Ad. Meyer (1) qui voulait que l'on appliquât le nom de démence précoce exclusivement pour les individus « dont la déchéance mentale est un fait accompli » ; pour les autres, Meyer proposait le terme « d'états voisins » avant qu'il n'acceptât le terme de schizophrénie, avec cette réserve que « les vastes concepts de la schizophrénie avec ses trois ou quatre grandes variétés n'auraient pas la valeur de groupements provisoires ». Aussi pensons-nous en conclusion que l'interprétation de l'éminent psychiatre de Baltimore avant tout fonctionnelle, c'est-à-dire reconnaissant le rôle des facteurs psychologiques, et aussi *dynamiques* « parce qu'elle envisage la maladie comme une succession toujours variable de causes et d'effets et sous la forme de conflits mal équilibrés » est celle qui est actuellement la plus prudente. Elle laisse la porte ouverte à de nouvelles recherches et s'accorde de façon satisfaisante avec les enseignements de la clinique et de la biologie.

Discussion

M. Mallet. — Il me paraît difficile d'établir une différence entre la psychasthénie et la schizophrénie. Je trouve dans celle-ci ce que j'ai appris constituer la première.

M. Claude. — Il existe deux activités distinctes chez le schizoïde. L'une correspondant à la vie sociale et l'autre à la vie intérieure. L'obsédé, au contraire, conforme sa conduite à ses idées sans qu'il y ait dissociation dans son activité.

M. Mallet. — La différence résiderait alors dans la conscience de son état, persistant chez l'obsédé qui peut cependant présenter une dissociation de la personnalité.

M. Claude. — L'analogie n'existe que dans la phase de début préschizophrénique.

(1) Ad. Meyer cité par Flournoy. — Le point de vue d'Adolphe Meyer sur la Démence précoce. *Encéphale*, mars 1926, p. 191.

Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler

Par MM. P. GUIRAUD et H. EY

Les conceptions de Bleuler exposées dans son ouvrage de 1911 (*Traité d'Aschaffenburg*) ont été immédiatement connues en France grâce à un article de Trénel (1) où l'auteur résume judicieusement et très fidèlement le livre. Hesnard (2) à son tour, dans une étude très documentée sur les « théories psychologiques et métapsychiatriques de la D. P. », fait une analyse critique des idées de Jung, Mæder et Bleuler. Les idées nouvelles du Professeur de Zurich ont suscité à cette époque peu de travaux et peu de discussions à cause sans doute de la guerre ; ells ont attiré l'attention des aliénistes surtout à la suite des articles de Minkowski (3). Cet auteur a fait de la schizophrénie un exposé fort intéressant et suggestif, mais à notre avis trop personnel, ne montrant de la conception de Bleuler que le côté psychologique et même psychoanalytique.

Nous croyons utile d'examiner d'après l'ouvrage de 1911 et l'édition de 1923 du *Lehrbuch der Psychiatrie*, quelques points fondamentaux de la théorie de Bleuler.

1° Exposé clinique et extension nosographique de la schizophrénie

Nous ne dirons que quelques mots de la description clinique de la maladie parfaitement résumée par Trénel. Bleuler décrit des symptômes *cliniques* fondamentaux que nous énumérons : troubles des associations d'idées, troubles de l'affectivité, ambivalence, autisme, trouble de l'attention, de la volonté, de la personnalité, la schizodémence, les troubles de la

(1) TRÉNEL. — *Revue Neurologique*, octobre 1912.
(2) HESNARD. — *Journal de Psychologie*, janvier 1914.
(3) MINKOWSKI. — *Encéphale*, 1921.

conduite. Parmi les symptômes accessoires, il énumère les troubles sensoriels, les idées délirantes, les troubles de la mémoire, de la personnalité, les troubles somatiques, la catatonie et certains syndromes aigus. Nous tenons à faire remarquer que Bleuler, par l'importance qu'il attache au trouble primitif de l'association des idées, entre dans le groupe de ceux qui considèrent la maladie surtout comme une dissociation intra-psychique (Stransky, Urstein, Chaslin, etc.).

D'autre part, il ne cherche pas volontiers à caractériser la schizophrénie par une formule synthétique telle que : repliement sur soi-même ou perte de contact avec la réalité. Cette attitude prudente et purement clinique n'a pas été suivie par tous ses élèves et en particulier par Minkowski. Si en effet nous cherchons dans les chapitres consacrés à la description clinique ou au diagnostic des critères nets, nous trouvons peu de chose. Une seule fois cependant il écrit (page 6) que la maladie est définie par la perte de l'unité du Moi. La valeur caractéristique de tous les symptômes est discutée ; les dislocations de l'association des idées se retrouvent dans d'autres états psychopathiques, en particulier dans l'hystérie ; « l'autisme en lui-même ne peut être utilisé pour le diagnostic » (p. 243) ; de même l'atteinte de l'affectivité qui est imperceptible chez les inventeurs, les politiques, etc.

Après une description si remarquable, la meilleure et la plus fine qui ait été donnée et qui correspond parfaitement à ce que nous avions l'habitude d'appeler démence précoce avec Kræpelin, on est étonné du grand nombre de syndromes disparates que Bleuler force à entrer dans le cadre de la schizophrénie. Outre la D. P. kræpelinienne et les paraphrénies, nous citons: le délire sénile de préjudice, la plus grande partie des manies et des mélancolies hallucinatoires, la plus grande partie des paranoïas, la plupart des hypocondriaques incurables ; beaucoup de cas de folie morale, de psychoses d'emprisonnement, d'amentia (que nous appelons confusion mentale), etc... Enfin la schizophrénie latente comprenant beaucoup de cas prétendus normaux ouvre d'inquiétantes portes d'en-

trée. Cela pour dire que l'extension nosographique ne correspond guère à la précision de la description clinique. Notre crainte est que les esprits trop prudents ou trop adroits, en présence d'un cas douteux, dans un concours par exemple, se réfugient dans la schizophrénie, comme on en usait autrefois avec la dégénérescence.

2° Théorie de la maladie

Pour Bleuler, la schizophrénie est due à une *maladie cérébrale* dont la cause et les lésions sont encore mal connues. Il décrit un certain nombre de symptômes qui, d'après lui, sont des *manifestations directes* et *immédiates* de l'affection organique causale.

Ce sont :

a) des troubles élémentaires des associations qui produisent un véritable morcellement des idées ;

b) certains états d'obtusion ou d'égarement (Benommenheit) avec tremblement, maladresse des actes confinant à l'apraxie, bradypsychie, torpeur ;

c) des accès à type maniaque ou dépressif ressortissant au processus organique de même que les états maniaques qui s'observent dans la P. G. ;

d) la tendance aux stéréotypies ;

e) la tendance aux hallucinations ;

f) des troubles physiques : inégalité pupillaire, sialorrhée, troubles vaso-moteurs, etc. Quoique pour lui les manifestations catatoniques soient psychogènes, Bleuler est obligé d'admettre que « les signes catatoniques chroniques ont une signification si indubitablement mauvaise qu'ils doivent être conçus comme l'expression d'un processus cérébral grave » (p. 287).

La liste des signes primitifs n'est pas close et des recherches ultérieures pourront la compléter. De toute façon, les causes morales, les événements émouvants ne jouent aucun rôle pathogène dans le développement de la maladie. « Si les événements moraux peuvent influer sur la symptomatologie de la schizophrénie, il est tout à fait invraisemblable que la maladie soit réellement déclenchée par eux. Ils déterminent les symptômes mais pas la maladie » (p. 283).

Le plus souvent, en effet, l'aspect clinique de la maladie ne se révèle pas par les signes primitifs mais par les signes *secondaires* qui sont à peu près ceux que nous avons énumérés dans la partie clinique. « Presque toute la symptomatologie jusqu'à présent décrite dans la D. P. est secondaire et en un sens fortuite » (p. 285).

Les signes primitifs sont donc essentiels mais peu connus alors que les signes secondaires emplissent de leur description et de leur interprétation la plus grande partie de l'ouvrage (*Dementia Precox,* 1911).

Dans cette symptomatologie à double étage, les troubles secondaires peuvent être des conséquences directes, des corollaires des troubles primitifs ou simplement des réactions psychiques aux troubles primitifs. Dans ce dernier cas, ils ne peuvent être étudiés que par leur mécanisme psychologique et en particulier à la lumière des principes psychoanalytiques de Freud. Ce mode dualiste d'explication nous paraît parfaitement légitime, mais nous trouvons excessive l'importance donnée à la réaction du psychisme.

3° L'AUTISME

Pour l'interprétation de symptômes, il faut donc adjoindre à l'action du processus organique l'influence d'une *activité psychique spéciale* qui est *l'autisme.*

Le mode autistique de la pensée se trouve chez le normal (rêverie, art, pensée affective, pensée prélogique). Cette pensée deréelle (dereistiches Denken. Lehrbuch, p. 130) est assez active et importante chez certains individus (dereistiche). Mais d'après Bleuler, l'autisme de la schizophrénie est quelque chose de différent ; c'est un symptôme *nouveau* que la prédisposition n'explique pas, mais bien les symptômes primitifs (d'origine organique).

« Le relâchement des associations produit d'une « part la création en dehors de l'expérience habituelle « de voies anormales de la pensée et d'un autre côté la « réalisation de nouvelles idées morbides utilisant les « associations fragmentées. De cette dernière anomalie « résultent des transferts, des condensations, des

« variations, des généralisations, des associations par « consonance, des fragmentations et des combinaisons « illogiques. La faiblesse des fonctions logiques donne « aux sentiments une prépondérance relative. Des « associations désagréables sont barrées. Ce qui « s'oppose au sentiment est écarté. Par là naissent de « nouvelles fautes de logique qui amorcent ces délires « et surtout se traduisent par une fragmentation de « l'esprit en fonction de complexes affectifs. La réa- « lité désagréable au malade est éloignée dans l'au- « tisme ou bien elle est transformée en divers aspects « délirants. La séparation avec le monde extérieur « peut prendre la forme du négativisme » (p. 289).

Cet exposé ne nous paraît pas expliquer de façon suffisante l'hypertrophie et l'hyperactivité des complexes et de la pensée affective. Quoi qu'il en soit, dans l'autisme schizophrénique tel que Bleuler le conçoit, deux éléments sont à considérer :

1° La prolifération d'une pensée subjective à type affectif.

2° Le désintérêt du monde extérieur qui en est la conséquence.

On voit que la perte de contact avec le monde extérieur est pour Bleuler différente de la perte du sens du réel de Janet. Dans cette dernière conception, il s'agit d'une inaptitude *primitive* à vibrer avec la réalité, à s'y adapter, à l'intégrer à son psychisme ; ni la fragmentation des idées, ni l'hypertrophie des complexes ne sont nécessaires à son apparition. Le point de vue de Janet nous satisfait davantage et s'explique assez bien par un défaut d'activation affective des perceptions. Il nous conduit à la conception que nous avons soutenue avec Dide sur l'*athymhormie*. Pour nous, l'inaptitude à vibrer avec la réalité résulte non d'une exaltation de l'affectivité mais d'un fléchissement primitif d'origine cénesthésique par atteinte des voies sympathiques terminales.

Cette simple remarque ne vise qu'à montrer combien une attitude qui paraît simple : la perte de contact avec le monde extérieur peut comporter des explications multiples.

Et en effet, si nous nous plaçons au point de vue purement clinique, un sujet peut rester indifférent au monde extérieur pour des raisons multiples :

a) Tout en conservant une pensée très active et selon le mode parfaitement logique, il peut se désintéresser des événements comme Descartes dans son poêle, comme Newton, Spinoza, Kant, etc.

b) Il peut rester sans contact avec le monde extérieur parce qu'il est idiot ou dément ou parce que son intérêt affectif est défaillant. Il ne s'intéresse alors ni à lui-même ni à l'ambiance (c'est dans cette dernière catégorie que nous rangeons les déments précoces).

c) Il peut rester sans contact avec le monde extérieur parce que devenu *autiste* au sens de Bleuler il vit dans une pensée subjective à type affectif. C'est ainsi qu'il rend la réalité inoffensive parce qu'elle lui est désagréable, qu'il développe imaginativement ses désirs dans une sorte de réalité subjective, c'est ainsi qu'il se réfugie dans la maladie.

Ce dernier mode de perte de contact avec l'extérieur n'est pas autre chose que la définition du mot *délire*. Il s'applique non seulement à la schizophrénie mais à toutes les maladies mentales : P. G., délires séniles, onirisme, paranoïas, etc., etc. Il n'a aucune valeur caractéristique au point de vue nosographique. Tous les exemples d'autisme donnés par Bleuler dans des cas où le sujet ne délire pas sont discutables et s'expliquent facilement par d'autres mécanismes.

Une malade chante dans un concert à la maison de santé mais trop longtemps, le public devient bruyant, elle continue et enfin finit par revenir à sa place, satisfaite de son succès. Combien en avons-nous entendus de ces orateurs qui ne savent pas finir et qui continuent impitoyablement sans s'apercevoir du bruit des conversations particulières ! Une autre malade écrit chaque jour des lettres, bien qu'on lui affirme qu'elles ne partent pas. Nous avons deux sujets analogues, l'un est un délirant qui reçoit se réponses de « façon occulte » par T. S. F. et croit que sa lettre est transmise de même, l'autre est une hypocondriaque réclameuse qui désespérant de se faire écouter, se distrait à écrire ses interminables plaintes. Une démente précoce demande avec

insistance sa mère, mais quand elle vient, ne veut pas la reconnaître : « Madame, vous ressemblez bien à ma mère, mais vous n'êtes pas ma mère ».

C'est que la perception actuelle est dépourvue d'activation affective et que le souvenir maternel antérieur au début de la maladie a conservé son coefficient affectif. Et ainsi de suite de chaque cas particulier.

Si l'autisme de Bleuler n'est pas autre chose que le délire, et même plus que l'aliénation mentale elle-même, comme le remarque justement Minkowski, comment se fait-il qu'il ait pris une telle importance explicative et qu'il soit devenu au moins pour les symptômes secondaires une sorte de critérium de la maladie? C'est qu'au moment où Bleuler a élaboré son livre nous en étions à la D. P. type Kræpelin d'avant 1912 qui comprenait ce qui est devenu plus tard les paraphrénies. La D. P. d'alors constituait un groupe énorme contenant presque toutes les psychoses fonctionnelles. Pour trouver à ces syndromes disparates une caractéristique, il fallait faire appel à une notion d'une généralité extrême et il était impossible d'en trouver une autre que l'évolution vers la chronicité ou la définition de l'aliénation mentale elle-même. Bleuler devait d'autant plus facilement s'arrêter à l'autisme que dans la D. P. et les paraphrénies, la mémoire et une certaine qualité de l'intelligence restent intactes et que souvent les fonctions psychiques indiquent leur persistance par des réveils transitoires mais impressionnants. Il n'y avait qu'une difficulté, c'est que les autres maladies soignées dans les asiles auraient dû logiquement entrer dans la schizophrénie. Cela est presque arrivé puisque Bleuler admet dans presque toutes les maladies mentales une composante schizophrénique, définie par l'autisme, mais il invoque des différences d'intensité ; l'autisme est accessoire en dehors de la schizophrénie. Pourquoi ? Parce qu'on trouve facilement un critérium pour les autres maladies : démence vraie, alcool, syphilis, sénilité, etc. Pour la maniaque dépressive, on a pu dégager une caractéristique presque aussi générale que l'autisme : l'exagération ou la persistance excessive de la réaction affective. Du reste, la diffi-

culté particulière de diagnostic entre la maniaque dépressive et les schizophrénies indique bien la fragilité des caractéristiques psychologiques, à tel point que Krestchmer et les aliénistes qui exagèrent et déforment la tendance de Bleuler dans le sens des constitutions psychopathiques ne se demandent plus en présence d'un malade : « Est-ce un maniaque dépressif ou un schizophrène ? », mais « Quelle dose de cyclothymie, quelle dose de schizophrénie ? ».

4° Théories des symptômes

Combinant l'action des symptômes primitifs et l'action de l'autisme, Bleuler explique les symptômes secondaires de la façon suivante :

L'atteinte de l'*association des idées* est un relâchement primitif du processus associatif (symptôme lésionnel), mais des complexes morbides viennent regrouper, anormalement pour nous, ces idées déjà dissociées. C'est l'action des complexes qui parfois interrompt brusquement le cours de la pensée (*barrage*).

L'*affectivité*, loin d'être primitivement atteinte, comme l'admet la majorité des auteurs, devient latente, raide, surtout par refoulement et par conflit avec la vie extérieure.

L'*ambivalence* semble résulter directement de la faiblesse des associations et de la difficulté à établir des rapports de valeur entre des qualités contradictoires d'un objet ou d'un fait déterminé.

Les *délires* sont longuement étudiés et toujours expliqués par des complexes à base affective. Ils le sont d'autant plus que Bleuler fait entrer dans la maladie le groupe des paraphrénies. Incontestablement la couleur du délire, la variété du thème romanesque dépendent des états affectifs antérieurs, des souvenirs, en un mot de tout le psychisme du sujet. C'est expliquer le comment mais non le pourquoi du délire.

La théorie des *symptômes catatoniques* est curieuse. Il nous semble que sur ce point l'impartialité clinique de Bleuler est un peu obscurcie par ses tendances théo-

riques, surtout si l'on tient compte que la description est faite d'après des déments précoces classiques.

Le négativisme résulterait de ce que le contact avec la vie est désagréable et barré. Les délirants actifs — même en dehors de la schizophrénie — dans la mélancolie de la maniaque dépressive, par exemple, ont bien une attitude d'opposition, secondaire en effet aux idées délirantes. Mais les négativistes catatoniques, hypertoniques, figés, cataleptiques, présentant en même temps de nombreux signes organiques grossiers, donnent bien l'impression d'être empêchés par un obstacle non psychique. Ils ébauchent des actions positives visiblement arrêtées par des mouvements inverses involontaires ; ils se plaignent parfois de ne pouvoir agir. Ils présentent un négativisme des muscles soustraits à l'action de la volonté ; enfin ils sont parfois libérés brusquement de la tendance négative, phénomène difficile à expliquer si l'on admet l'action d'un complexe qui n'a aucune raison de s'évanouir subitement. Quant aux attitudes stéréotypées vraiment catatoniques, quant à la catalepsie, leur aspect est dans l'immense majorité des cas si nettement inexpressif, si loin de toute attitude correspondant à un complexe ou à une idée délirante qu'il faut toute l'ingéniosité d'un psychanalyste pour leur trouver une finalité psychologique. Toute la tendance de Bleuler est dans cette phrase : « Une contracture buccale est plus explicable comme signe de mépris que comme hypertonie localisée. »

5° Discussion

En somme, dans cette théorie des symptômes secondaires, on voit constamment s'affronter les deux tendances de la pathologie mentale : l'explication organo-nerveuse et l'explication psychologique. Sans aboutir aux mêmes excès, Bleuler suit la voie de Jung et de Maeder directement inspirée par la psychanalyse de Freud. Il tend à donner à l'explication psychogène une importance fort excessive à notre avis. Il donne l'impression d'admettre le postulat fondamental de la psychanalyse, à savoir que toute notre activité normale ou morbide traduit des tendances parfois

conscientes mais surtout des tendances refoulées dans un inconscient où s'amassent toutes les virtualités des troubles mentaux, virtualités que l'analyse s'acharne à découvrir, fût-ce au prix d'un symbolisme à multiples degrés.

Le résultat est que le lecteur arrive à croire que la doctrine de Bleuler est foncièrement psychologique quoique l'interprétation psychologique ne soit en quelque sorte qu'une superstructure de sa théorie.

Cette juxtaposition de deux ordres de symptômes d'un mécanisme radicalement différent n'a pas été acceptée en France par l'Ecole du Pr. Claude qui dissocie avec quelque raison la schizophrénie de Bleuler en deux entités cliniques, l'une exclusivement organique (démence précoce), l'autre psychogène ou au moins étudiée exclusivement du point de vue psychologique (schizomanie, schizophrénie).

Pour nous, insistant sur ce fait que la base de la description clinique est la démence précoce de Kræpelin, nous pensons que la ligne de démarcation qui sépare les signes primitifs des symptômes psychogènes doit être déplacée au profit des premiers ; la réaction du psychisme n'expliquant que les variétés individuelles des thèmes délirants, quelques actes impulsifs et quelques attitudes de repliement ou d'opposition. La catatonie tout entière entre dans les symptômes organiques, de même l'athymhormie. Les paraphrénies sont une entité morbide voisine mais distincte.

Sans doute, comme le remarque Bleuler lui-même, nos connaissances sont encore beaucoup trop embryonnaires pour qu'on puisse élaborer une théorie des symptômes de la schizophrénie sans une très large part d'hypothèses et sans faire intervenir la tournure d'esprit personnelle à chaque auteur qui selon son tempérament est poussé soit vers l'explication organique, soit vers l'explication psychologique. De ce point de vue, nous devons faire remarquer que l'interprétation lésionnelle a l'avantage d'être plus générale en ce sens qu'elle peut s'appliquer à tous les symptômes *essentiels*, alors que suivant le point de vue opposé il est radicalement impossible d'étendre la théorie des signes secondaires aux signes primitifs. Quant à la

valeur pragmatique des deux tendances, nous croyons que la psychologique conduit à des hypothèses invérifiables et à des explications qui se rapprochent de la littérature. Le point de vue neurologique, au contraire, peut amener à des constatations qui auront au moins une valeur objective.

Depuis l'exposé primitif de Bleuler, nous avons profité d'importantes acquisitions nouvelles : l'encéphalite léthargique en particulier nous a montré tous les symptômes de la série catatonique dans des conditions où aucun complexe délirant ne peut être invoqué, en particulier : les attitudes cataleptiques, les stéréotypies motrices et verbales, les brusques arrêts et les brusques reprises du cours des actes et de la pensée, ce qui éclaire singulièrement les phénomènes de barrage des schizophrènes. Depuis l'hypothèse de Camus sur les centres sous-corticaux régulateurs du psychisme, une masse de faits se sont accumulés permettant l'interprétation organique et la localisation des symptômes de la D. P. Il nous suffit de rappeler les travaux de Buscaino, Lhermitte, Claude, Laignel-Lavastine et Tretiakoff, Hascovec, Dide et Guiraud et plus récemment Fontecilla (1), Bielawski, Bornsztajn (2), etc. (3).

L'autisme hypocondriaque et l'indifférence sexuelle chez les schizomanes

Par M. Roger Dupouy

Je désirerais d'abord apporter un épilogue à l'observation présentée ici-même par MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn (4). J'ai dû procéder à l'internement volontaire de la malade et le certificat que j'ai rédigé vous expliquera les raisons de cette mesure.

(1) Fontecilla. — *Société de Psychiatrie* (février 1926).

(2) Bielawski, Piotrowski, Bornsztajn. — *XII^e Congrès des Médecins polonais* (juillet 1925).

(3) P. Guiraud. — Conception neurologique du syndrome catatonique (*Encéphale*, novembre 1924).

(4) Psychose de compensation chez une schizoïde. *Soc. Méd.-Psych.*, 26 janvier 1926.

« Déséquilibre mental constitutionnel à type schizoïde avec autisme, discordance de la mimique et des propos, lamentations stéréotypées, instabilité de l'humeur et du caractère, altération profonde de l'activité pragmatique, tendances interprétatives et paranoïaques.

« Préoccupations hypocondriaques actives ; asthénie et troubles cénesthésiques. Revendications secondaires. Réactions de persécutée-persécutrice.

« Se plaint de sentir des engourdissements au niveau de la joue et du côté gauche, des brûlures dans le bras et dans la tête, notamment dans le cervelet, d'éprouver différents malaises dont elle demande qu'on la guérisse. Geint ou sourit tour à tour. Réclame des ventouses scarifiées... Se montre revendicatrice décidée vis à vis du Dr D., qui aurait jadis émis un soupçon sur son honnêteté au sujet d'un vol de linge et aurait de ce fait, déterminé chez elle « une révolution cardiaque ». Désire ardemment « être rétablie comme il faut pour avoir la force de régler son compte avec lui ».

« Menaces à peine déguisées : « si je n'ai pas la force de régler mon compte avec le Dr D. avec le bras, je le ferai autrement ». Ne s'explique pas sur ses desseins. Prétend exiger une forte indemnité par voie de recours judiciaire (quérulance morbide) ; nous laisse entendre qu'elle a fait partager son thème de revendications à son entourage et qu'elle est soutenue par certains membres de sa famille. « Si la loi ne me donne pas d'indemnité, ajoute-t-elle, j'ai des amis, de la famille qui... » (n'achève point).

« Reporte son ressentiment sur tous les milieux médicaux ; « depuis cette accusation, les établissements qui comportent des docteurs, bons ou mauvais, tous m'inspirent haine et mépris ».

« Aspect parfois égaré, par suite de la profondeur de son autisme. Déclare elle-même vivre dans l'irréel. Soliloques de rêverie, sur des sujets parfois métaphysiques. Recherche de la solution dans le sacrifice, ou la souffrance, ou le suicide, ou la volupté et le mariage. Erotisme.

« Excitation violente par intervalles, avec rires immotivés, chants bruyants. Bris répétés de carreaux. A cassé les ressorts du sommier de son lit et s'en servait pour frapper dans les murs et dans la porte.

« Dépression antérieure avec idées et tentatives de suicide (laudanum, pendaison).

« Anisocorie (D. >). Nystagmus irrégulier.

« L'état psychopathique de cette malade dont les réac-

tions tendent manifestement à devenir antisociales nécessite son internement dans un asile d'aliénés. » (18 mars 1926).

Je voudrais maintenant souligner deux traits cliniques qui me paraissent particulièrement fréquents chez les schizomanes :

L'existence de préoccupations hypocondriaques ; l'indifférence ou même plutôt la répulsion sexuelle.

a) Les préoccupations hypocondriaques sont souvent si importantes, si prépondérantes, qu'on est en droit de parler d'*autisme hypocondriaque*. Le malade se retire du monde extérieur pour ne plus vivre qu'en son moi physique ; il passe son temps à s'étudier, se scruter, s'écouter ; il pense uniquement à l'accomplissement de ses fonctions intestinales, délaissant pour elles toute autre préoccupation ou bien il interprète le plus léger malaise, les sensations cénesthésiques les plus normales, pour se prétendre atteint d'affections graves et incurables du cœur, de l'estomac, du cerveau..., pour lesquelles cependant il lui faut aller quémander ou réclamer des remèdes efficaces. Nous connaissons tous ces cénestopathes, à l'affût de leurs sensations, implorant toujours de nouvelles investigations et de plus actives médications. J'estime qu'un grand nombre d'entre eux ne sont que des *schizomanes hypocondriaques*, souvent inoffensifs mais parfois susceptibles de devenir dangereux pour eux et pour autrui ; c'est tantôt un paroxysme anxieux qui les pousse au suicide, tantôt un élément paranoïaque surajouté au délire initial qui les incite à formuler des revendications dont les plus anodines peuvent encore être d'actives querulances et des plaintes à la justice. Marie B., dont il est question plus haut, a adressé une plainte en règle au Procureur de la République contre le Dr D., avec demande de 50.000 francs de dommages-intérêts.

b) L'indifférence sexuelle sur laquelle j'insisterai maintenant se rattache étroitement au fond mental qui caractérise le schizoïde et comporte principalement les deux éléments suivants : l'indifférence affective apparente, la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique.

Les schizoïdes ne paraissent pas subir une attirance

bien marquée pour l'autre sexe ; ils déclarent souvent que le mariage ou l'amour « ne les intéresse pas ». Mais surtout ce ne sont pas des *réalisateurs sexuels*, ils se contentent fréquemment de rêveries amoureuses, de contemplations imaginatives, d'aspirations sentimentales, de commerce platonique ; ils satisfont leurs désirs physiques par la masturbation, mais *l'acte sexuel normal leur répugne*, ou pour le moins leur est indifférent.

La chasteté fréquente de ces malades ne me paraît pas dépendre, comme chez certains psychasthéniques, de scrupules moraux ou d'une timidité invincible, mais d'une répulsion à l'acte. La pensée sexuelle leur suffit, son exécution les dégoûte. Mais si cette activité pragmatique spéciale leur fait défaut, l'activité psychique peut acquérir une intensité extrême, allant jusqu'au délire. Et nous pensons que certains *érotomanes*, au sens classique ancien, ne constituent qu'une variété clinique de *schizomanes*.

Pour illustrer cette répugnance sexuelle que l'on rencontre chez ces malades, nous résumerons une observation tout récemment recueillie.

Louis, 25 ans, étudiant, nous est adressé parce que sa famille a remarqué depuis une quinzaine de mois quelques idées délirantes de persécution : on le poursuit, on l'ennuie...

Il interprète tout ce qu'il voit, lit ou entend, allant une fois jusqu'à se croire visé dans une pièce de théâtre à laquelle il assistait et où l'on reprochait à l'un des héros d'avoir trahi l'amitié.

Il aurait eu, croyons-nous, de très rares hallucinations auditives verbales (« tu as trahi la France » ; « au temps passé c'est très bien composé » ; « quand on a de la patte comme cela, on ne se laisse pas tomber »), et se voit guillotiné en cauchemar.

Il éprouve par moments un sentiment d'influence (par un être supérieur à lui), d'étrangeté, et se plaint de différents troubles cénestopathiques, oppression thoracique, points cardiaques, etc...

Le délire, de début très récent, est tout à fait secondaire. Le fond mental, la constitution psychique, nous retiendront uniquement.

Louis est un garçon d'intelligence supérieure ; il prépare son agrégation et nous croyons qu'il est capable de poursuivre et d'atteindre son but. Nous n'avons constaté chez lui, aucun affaiblissement de l'intelligence. Cependant l'activité « réaliste », a toujours été faible. C'est ainsi qu'il a composé un roman et une pièce de théâtre ; mais si toutes ses scènes sont arrêtées dans son esprit, il recule toujours à les écrire.

L'activité imaginative, la rêverie, la contemplation dominent chez lui. Il aime la musique, la littérature, surtout la philosophie. «La pratique, dit-il, ne m'intéresse pas. Je vis dans un rêve perpétuel avec mes idées. Je conçois le monde à ma manière, comme une espèce d'œuvre d'art. J'ai l'impression d'être au théâtre. Je considère tout comme un grand jeu *où je ne suis jamais acteur ;* je regarde comme dans un fauteuil, dans la situation d'Hamlet. Je me réfugie dans ma pensée, je suis incapable d'agir ou de réagir contre quelque chose ; je n'aime pas la lutte du tout, je n'en comprends pas l'utilité ; je ne suis jamais aussi bien que lorsque je suis tout seul ; j'aimerais mieux mourir que de ne plus penser ».

Ses pensées s'exercent fréquemment dans le domaine métaphysique et prennent alors la forme d'interrogations obsédantes : Que faut-il faire au point de vue religieux, théoriquement et pratiquement ? Quel est le sens de la Destinée ? Qu'est-ce que la vie ? L'homme d'action doit-il être fidèle à lui-même ou se servir de l'hypocrisie ?

Cette activité intérieure l'accapare au point de le faire paraître indifférent aux siens. Son inaffectivité n'est qu'apparente. Il se défend d'aimer moins ses parents ou de manquer de sensibilité : « je n'aime pas m'attacher aux gens, j'en souffre trop, la vie est une souffrance perpétuelle... » Il explique cependant que ses sentiments filiaux diminuaient d'intensité apparente à mesure que son affectivité était canalisée dans une autre direction, vers une œuvre littéraire par exemple à laquelle il se donnait entièrement. La gloire, l'ambition lui déplaisent. Jouer un rôle social lui est complètement indifférent. La femme enfin « ne l'intéresse pas ». Il n'a jamais eu de relations sexuelles. Il a usé durant quelques années de la masturbation pour satisfaire à certains appels, mais il s'en est actuellement affranchi. L'acte sexuel « lui soulève le cœur ».

Il a bien éprouvé quelques sentiments à l'égard d'une

femme, il a cru l'aimer, mais « elle l'a dégoûté quand il a compris son état intellectuel et vu ses défauts ». Il ne s'attache, en effet, qu'au côté intellectuel. Il éprouve du dégoût pour l'amour physique qui lui semble « ridicule et stupide » ; il aurait envie de tuer la femme après l'acte (comme, ajoute-t-il, dans Schopenhauer). Il préfère fuir la femme s'il craint une sollicitation de sa part. Se trouvant à l'étranger en qualité de professeur il a accompli ainsi une fugue à la suite d'une interprétation certainement délirante : il a cru qu'on voulait lui faire épouser la jeune fille du château où il était reçu ; « je n'ai pas voulu et suis rentré précipitamment en France ».

Cette inaffectivité sexuelle a dû, inconsciemment, le frapper. Il ne nous l'avoue pas, ne le reconnaît point, mais il a laissé percer certaines phrases qui nous permettent de le supposer. « *Je ne me sens pas humain ; je voudrais avoir des sentiments humains ; je suis trop détaché* ».

La recherche de l'intellectualité le contraint en effet de frayer avec fort peu de gens ; il n'a pas d'amis récents ; il nous déclare même n'avoir éprouvé réellement d'amitié que pour « son professeur de philosophie ». Il sent que personne ne le comprend et c'est pour lui une souffrance continue. Aucun philosophe même ne lui convient ou ne le satisfait...

Aussi ne sommes-nous pas surpris de rencontrer chez lui des tendances au suicide. Celles-ci se sont fait jour dès l'enfance. Après observation déplaisante d'un surveillant qui, croyait-il, lui avait voué de la haine, il s'est donné un coup de canif à la cuisse droite à l'âge de 9 ans. A onze ans, après une réprimande paternelle, il s'est frappé d'un coup de canif dans la région du cœur. Une autre fois enfin il a voulu se jeter à l'eau avec un camarade, parce qu'il avait eu un zéro de conduite mais, ajoute-t-il, « il ne voulait pas me suivre dans l'eau ; son amitié n'allait pas jusque-là ». Aujourd'hui il rêve de se jeter sous un train.

Discussion

M. Minkowski. — Je remercie M. Claude de l'ampleur qu'il a voulu donner à cette discussion. En raison de l'heure avancée, il est impossible d'épuiser tous les problèmes soulevés. Les difficultés ne viennent pas uniquement de l'extension donnée par Bleuler à la notion de schizophrénie, mais aussi de la circonstance

que le groupe de malades que d'aucuns désignent du nom de démence précoce type Morel est loin d'être délimité d'une façon précise. Morel ne donne pas de description d'ensemble de la démence précoce, en tant qu'unité clinique. Chaslin réserve une place relativement modeste à la démence précoce type Morel à côté du groupe des folies discordantes qui, lui, avec ses formes principales : forme hébéphrénique, forme catatonique, folie paranoïde délirante, folie verbale, est, du point de vue clinique, superposable au groupe des schizophrénies de Bleuler. M. Claude, en réduisant la schizophrénie à la forme simple de Bleuler (qui correspond à l'hébéphrénie atténuée de Chaslin), donne à la démence précoce une extension beaucoup plus grande que ne l'avait fait Chaslin. Ces variations dans l'emploi du terme « démence précoce type Morel » montrent qu'il est nécessaire de préciser davantage les caractères cliniques des cas désignés de ce nom. En tous cas, la démence précoce type Morel et la démence précoce de Kræpelin ne sauraient, en tant que concepts cliniques, être mises sur le même plan. La notion kræpelinienne n'implique plus ni la précocité du début, ni l'évolution démentielle, dans le sens strict du mot. Il ne paraît pas utile d'introduire à nouveau la notion de « démence » là, d'où la psychiatrie contemporaine est arrivée, au prix d'efforts considérables, à l'éliminer.

Dans le cas, cité comme exemple de démence précoce type Morel, M. Claude a mis au premier plan l'absence d'activité, de spontanéité et de curiosité, et non l'affaiblissement intellectuel, tel que nous le trouvons réalisé dans la paralysie générale ou dans la démence sénile. Nous interpréterions ce cas comme cas de schizophrénie grave dans lequel aucun mécanisme d'ordre réactionnel n'intervient. Il me paraît utile de rappeler ici des cas de schizophrénie qui, pendant de longues années, se comportent comme de véritables « déments », « tels des idiots », comme dit Chaslin, et chez lesquels se produisent ensuite, contre toute attente, des rémissions complètes.

La notion de schizophrénie n'est évidemment pas intangible. Des modifications trop grandes peuvent

cependant prêter facilement à confusion. Bleuler n'attribue que très peu d'importance à la forme simple de la schizophrénie. Réduire la notion de schizophrénie à cette forme uniquement, équivaut à exclure de cette notion ce que Bleuler y voit d'essentiel. D'autres auteurs emploieront forcément le terme « schizophrénie » dans un autre sens. M. Rogues de Fursac, dans la dernière édition de son Manuel, ajoute ce terme à celui d'hébéphréno-catatonie et il me paraît rester ainsi fidèle, du point de vue clinique tout au moins, à la pensée de Bleuler. D'ailleurs, parmi les cas, décrits par M. Claude et ses élèves sous le nom de schizomanie, nous trouvons très souvent des symptômes de la série hébéphréno-catatonique et certains de ces cas, loin de s'améliorer, présentent, depuis des années déjà, des signes d'un déficit durable.

Les recherches sur l'hérédité plaident également en faveur de l'unité de la schizophrénie, telle qu'elle a été délimitée par Bleuler. Des cas graves et des cas plus légers se retrouvent dans la même famille. Dans les cas graves, il existe très souvent une hérédité convergente. Les recherches de Mme Minkowska, présentées ici, confirment cette façon de voir. Ceci ne veut pas dire que le rôle du facteur héréditaire se laisse démontrer dans chaque cas de schizophrénie grave. Nous ne mettons pas *a priori* en doute l'existence de cas où ce facteur n'intervient point. Des cas semblables contribueraient à approfondir nos connaissances sur la pathogénie de l'affection étudiée.

Réduire la notion de schizoïdie uniquement à la tendance à la rêverie et à l'intériorisation modifie, à notre avis, d'une façon trop sensible la notion de Kretschmer. Elle lui donne un autre sens et prête ainsi à confusion. Au rêveur s'oppose non plus le syntone, mais l'homme d'action qui, lui de nouveau, selon les caractères de ses réactions affectives et de son activité, peut appartenir aussi bien au groupe des syntones, qu'à celui des schizoïdes. L'opposition première de la schizoïdie et de la syntonie, telle qu'elle a été précisée par Kretschmer, se trouve ainsi délaissée entièrement. Il faut se demander, dans ces conditions, si les modifications apportées n'ont pas été trop grandes,

ceci d'autant plus que la schizoïdie et la syntonie, dans la pensée de Kretschmer et de Bleuler, devaient représenter les bases constitutionnelles de deux grands groupes de troubles mentaux : de la folie maniaque, dépressive et de la schizophrénie. Les types du rêveur et de l'homme d'action ne peuvent plus remplir le même rôle ; les rapports entre l'homme d'action et la folie maniaque-dépressive ne paraissent guère plausibles.

M. Guiraud, dans son remarquable rapport, a insisté sur la façon dont Bleuler concevait la genèse des symptômes schizophréniques. Tout en parlant de perturbations dans les rapports avec le monde extérieur, Bleuler ne considère pas la perte de contact avec la réalité comme trouble générateur de la schizophrénie et ne lui subordonne pas les autres symptômes élémentaires. Ma conception diffère, de ce point de vue, en partie, de celle de mon maître. Ceci m'a permis de parler de démence pragmatique.

Contrairement à M. Guiraud, je ne crois pas que l'autisme puisse être considéré comme trouble générateur de toute idée délirante. Il est évident que tout aliéné délirant, du fait même de son délire, n'a plus le contact normal avec la réalité. L'autisme cependant désigne la façon d'être particulière des schizophrènes, en comparaison avec celle des maniaques dépressifs avant tout. Ces derniers, dans tout leur comportement et même dans leurs constructions délirantes, restent en contact avec l'ambiance. D'autre part, il peut exister, dans le domaine de la schizophrénie, un autisme sans idées délirantes. Enfin, la notion de l'autisme n'a pas uniquement une valeur nosographique, mais également une valeur thérapeutique, en indiquant l'attitude à adopter en présence d'un schizophrène.

Le diagnostic de schizophrénie, en raison même de l'extension donnée à cette notion, ne peut jamais épuiser un cas étudié. Il s'agit de voir, en plus, quels facteurs d'ordre réactionnel interviennent dans ces cas et quels sont les éléments de nature non-schizophrénique que nous y trouvons. De ce point de vue, la formule : « jusqu'à quel point schizophrénie, et jus-

qu'à quel point folie maniaque-dépressive », adoptée par Bleuler, paraît avoir sa raison d'être.

M. Mallet a attiré l'attention sur un problème très important. Kretschmer ayant fait de l'hyperesthésie un des éléments de la schizoïdie, il devenait nécessaire de délimiter cette hyperesthésie d'ordre schizoïde de la constitution hyperémotive, telle qu'elle a été précisée par Dupré et ses élèves. Nous ne saurions donner une réponse définitive à cette question qui est encore à l'étude. M. Mallet y a répondu, en partie, lui-même, en insistant sur la circonstance que l'hyperémotif éprouvait son excès d'émotivité comme une gêne et cherchait à le combattre. Le malade voit dans cette hyperémotivité un point faible et cherche réconfort et appui auprès des médecins. Les autres troubles, tels que les obsessions, venant éclore sur le fond d'hyperémotivité, présentent les mêmes caractères. Le schizoïde se confond bien davantage avec son hyperesthésie, la rationalise, est prêt à y voir une supériorité sur les autres et en est fier parfois.

La suite de la discussion est reportée à la séance d'avril.

M. Sollier annonce la nomination du Dr Dumas à l'Académie de Médecine et, tout en déplorant son absence, lui adresse les félicitations de la Société.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des Séances,
Bussard, Guiraud.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 15 Mars 1926

Présidence : M. le Dr Séglas

Trois cas de pyknolepsie, par MM. Marchand et Bauer. — Les crises décrites sous ce nom par des auteurs allemands et anglais surviennent chez des enfants de 4 à 12 ans, sont caractérisées par une brève inhibition des fonctions psychiques, peuvent s'accompagner de fléchissement des jambes, de convulsions oculaires avec fixité de la pupille, clignotement des paupières, déviations de la tête d'un côté, légers troubles spasmodiques, miction involontaire. Elles sont très fréquentes, jusqu'à 30 par jour. Elles n'ont pas de répercussion sur les facultés mentales du malade, et elles guérissent spontanément, d'habitude, après quelques mois ou quelques années.

Les auteurs présentent 3 enfants qui ont présenté ce syndrome, 2 sont guéris ; contrairement aux observations des auteurs étrangers, l'action du gardénal et des bromures a été très favorable. Les auteurs font donc rentrer la pyknolepsie dans le cadre de l'épilepsie infantile. Un de leurs malades a d'ailleurs présenté outre les crises décrites ci-dessus, une crise franchement comitiale.

Etat mixte : manie improductive, par M. Capgras et Mlle Cullerre. — Présentation d'une femme de 36 ans, intermittente depuis l'âge de 23 ans et dont les deux derniers accès ont été caractérisés par un état mixte de deux mois environ : excitation, taquineries, maniérisme, impulsions, humeur mobile, mais d'ordinaire euphorique avec éclats de rire, mais par contre inhibition psychique et mutisme.

Excitation euphorique et chorée chronique, par Daday, X. Abély et Bauer. — Les auteurs présentent un cas d'asso-

ciation d'une chorée chronique à un état d'excitation euphorique. Ce cas est remarquable en raison de la rareté de cette association et de la difficulté du diagnostic avec la paralysie générale.

Hémiplégie suivie de contracture permanente au début de la paralysie générale, par L. MARCHAND. — L'hémiplégie est survenue chez une femme de 33 ans, syphilitique depuis l'âge de 24 ans, deux mois après les premiers symptômes d'une paralysie générale. Un traitement arsenical intensif n'a amené aucun arrêt dans l'évolution de la paralysie générale. L'hémiplégie s'est compliquée lentement de contracture. A l'autopsie, outre les lésions de la paralysie générale, foyer de ramollissement intéressant la partie antérieure du corps strié. L'auteur montre la rareté des contractures permanentes chez les paralytiques généraux.

VARIÉTÉS

LES MALADIES MENTALES DANS L'ARMÉE

M. le Dr Olivier, maire de Blois, Président de l'Association Amicale des établissements publics d'Aliénés de France nous communique les documents intéressants que nous reproduisons ci-dessous.

SÉNAT — *25 mars 1926*

Monsieur le Docteur Olivier, Maire de Blois

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Vous m'avez adressé le texte d'un vœu émis par la dernière Assemblée Générale de l'Association Amicale des Médecins d'Etablissements d'Aliénés que vous présidez, et relatif aux médecins militaires neuro-psychiatres.

J'ai communiqué ce vœu à M. le ministre de la guerre et m'empresse de vous adresser ci-jointe la réponse qu'il vient de me faire parvenir.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués et dévoués.

Le Président de la Commission sénatoriale de l'Armée,
Signé : LEBRUN.

MINISTÈRE DE LA GUERRE — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CABINET DU MINISTRE — *Paris, le 19 mars 1926*

68.956 C/C B.

Monsieur Lebrun, Sénateur,
Président de la Commission de l'Armée du Sénat

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Vous avez bien voulu m'adresser le texte d'un certain nombre de vœux qui vous ont été transmis par M. le docteur Olivier, Maire de Blois, Président de l'Association

Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France, vœux émis dans la dernière Assemblée générale de cette Association et relatifs aux médecins militaires neuro-psychiatres, à l'examen obligatoire neuro-psychiatrique des engagés volontaires, aux pénitenciers militaires, à l'expertise mentale obligatoire de tous les militaires en prévention de Conseil de guerre et, d'une façon générale, à la participation des médecins des asiles publics d'aliénés à toutes les expertises spéciales de cet ordre, susceptibles d'être pratiquées dans l'Armée.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que ces importantes questions ont toujours été l'objet de la constante attention de mon Administration qui s'attache actuellement, comme par le passé, tant dans l'intérêt de l'Etat que des militaires sous les drapeaux à n'admettre dans l'Armée que des hommes exempts de tares mentales, à éliminer ceux qui, de ce fait, ne peuvent s'adapter au milieu militaire, à assurer le convenable traitement des malades atteints d'affections psychopathiques non justiciabes d'internement, à éloigner de toute action répressive ceux dont la responsabilité pourrait être suspectée d'une diminution.

Il existe en effet, au Val-de-Grâce, une chaire de neuro-psychiatrie qui assure, d'une façon systématique, pour tous les médecins militaires, pendant leur stage à l'Ecole d'application, un enseignement spécialement orienté en vue du dépistage précoce des affections mentales les plus couramment observées dans l'Armée, dépistage ayant pour conclusion immédiate la mise en observation dans un Hôpital militaire, aux fins d'examen par un médecin spécialiste.

De plus, depuis 1920, il a été institué annuellement un concours pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux militaires en médecine légale et en neuro-psychiatrie, concours dont le jury comprend obligatoirement un Professeur des Facultés, titulaire d'une chaire ressortissant à la spécialité. Les candidats ayant obtenu ce titre et sélectionnés déjà par l'admission préalable au concours de médecin des hôpitaux militaires où ils ont eu à faire la preuve de l'étendue de leurs connaissances en médecine générale, sont destinés à diriger les services neuro-psychiatriques régionaux ou pluri-régionaux. Cette organisation régionale fait état, d'autre part, de médecins militaires qui, n'ayant pas subi les concours énumérés ci-dessus ont été toutefois reconnus qualifiés à remplir ces emplois par leurs titres, leurs travaux scientifiques antérieurs, ainsi que par des

stages spéciaux au Val-de-Grâce, au cours desquels leur est laissée la faculté dont ils ne manquent pas de profiter, de fréquenter les grands services de neuro-psychiatrie des Hôpitaux, des Cliniques et des Asiles.

Enfin, à défaut de médecins militaires, le Service de Santé n'a jamais hésité à faire appel aux médecins civils spécialistes qui ont bien voulu lui prêter leur concours, pour diriger les centres de neuro-psychiatrie. C'est ainsi que, depuis 1920, des médecins civils à compétence spéciale indiscutable et presque tous médecins des Asiles, ont pu être conventionnés pour assurer normalement, pendant des périodes plus ou moins longues, le service des Centres.

Il serait injuste de ne pas mentionner en terminant la première partie de cet exposé, les services qu'ont pu rendre épisodiquement au Service de Santé, des médecins civils neuro-psychiatriques, souvent médecins des Asiles, consultés par leurs confrères militaires pour des cas particuliers.

⁂

En ce qui concerne l'examen mental obligatoire des engagés volontaires, l'instruction sur l'aptitude au service militaire dispose page 7, article « Engagements » :

« L'interrogatoire des candidats et l'étude de leurs antécédents ne doivent pas déceler l'existence de signes de déséquilibre intellectuel, d'instabilité ou de débilité mentale, ni de troubles manifestes du caractère permettant de craindre que l'engagé ne puisse s'adapter à la vie militaire. »

Par ailleurs, un des chapitres importants de la neuro-psychiatrie militaire, représenté par l'aptitude au service, des engagés volontaires, est très largement développé dans l'enseignement que reçoivent à cet égard, au Val-de-Grâce, tous les médecins militaires.

Aller plus loin, prescrire l'examen *obligatoire* par un médecin spécialiste, de la totalité des engagés, serait jeter gratuitement sur toute une catégorie de militaires un discrédit qui pourrait être sévèrement jugé par l'opinion publique et qui risquerait de n'être pas accepté. La mesure considérée du seul point de vue technique pourrait être excellente comme toutes celles qui sont destinées à sélectionner physiquement ou psychiquement les contingents, mais on ne saurait laisser supposer que le fait, pour des jeunes gens, de désirer servir leur pays avant l'appel de leur

classe, constitue une présomption, quelque minime soit-elle, d'un état mental qui n'est pas absolument normal.

Même appliquée régulièrement, cette mesure suffirait-elle comme le demande le deuxième vœu des médecins des Asiles, à éliminer de l'Armée « tous les mentaux inadaptables... et tous les débiles inutilisables » ? On peut en douter. La vérité est que, si l'engagé volontaire doit retenir spécialement l'attention au point de vue mental, le dépistage des tares psychiques doit être régulièrement institué en dehors du cadre de ces seuls engagés et, à cet effet, dans le chapitre réservé à l'examen des hommes lors des opérations du Conseil de Révision, l'Instruction sur l'aptitude au service rappelle, page 2, que « les médecins ne doivent pas perdre de vue que les tares mentales peuvent tout aussi bien motiver l'exemption qu'une défectuosité physique : ils ne négligent donc pas les renseignements fournis à cet égard, soit par le Conseil de Révision, soit par les Maires ».

Je ne mets d'ailleurs pas en doute que les médecins des Asiles qui peuvent être sollicités par les Directeurs des Services de Santé régionaux pour faire partie des Commissions médicales assistant les Conseils de Révision apportent, en la circonstance, la plus précieuse contribution à l'examen psychiatrique des conscrits et à l'élimination des anormaux.

De plus, au chapitre consacré à la visite médicale d'incorporation, il est spécifié dans cette même inscription que « le médecin note avec grands soins les antécédents mentaux aussi régulièrement que les autres antécédents morbides ; les uns et les autres sont inscrits sur le Registre médical d'incorporation et sur le Livret médical ». « L'attention est appelée spécialement au point de vue mental sur l'état des « présumés bons », des illettrés, des hommes présentant de nombreux et importants stigmates laissant soupçonner de stares mentales. »

A cet égard, on ne pourrait que désirer que les maires et le corps médical civil tout entier ne méconnaissent pas la valeur de documentation que présenterait pour les experts militaires, la constitution au moment du Conseil de Révision, pour chaque soldat, du dossier sanitaire auquel seraient joints tous les certificats médicaux utiles, parmi lesquels ceux des médecins psychiatres civils auraient une valeur dont il est inutile de souligner longuement l'importance. Ce dossier sanitaire, en effet, « suit après son incorporation,

l'homme déclaré bon pour le service » ; il est joint au livret médical établi lors de l'incorporation et il suit l'intéressé à chacune de ses mutations. Dans un grand nombre de cas, il permettrait la rapide et convenable sélection des petits psychopathes qui est à la base de l'hygiène mentale dans l'Armée. On se doit, dans cet ordre d'idées, de signaler à M. le Président de l'Association des Médecins des Asiles, pour que les membres de cette Association puissent s'en faire utilement les propagandistes éclairés et écoutés, combien la tâche des psychiatres serait grandement facilitée si chaque conscrit pouvait présenter un « livret sanitaire scolaire » dont un médecin de réserve a établi le modèle, document d'un intérêt considérable pour la détermination de l'aptitude mentale d'un sujet depuis l'âge de la scolarité jusqu'à celui du service militaire.

⁂

Pour les établissements pénitentiaires militaires, la circulaire n° 2270 B 4/7, du 3 avril 1925, dispose :

« Les médecins devront avoir présent à l'esprit que les condamnés sont fréquemment des tarés physiques ou mentaux. Toutes ces tares devront être enregistrées avec soin sur le livret médical qui doit suivre l'homme dans toutes ses mutations successives.

« ...Les médecins chefs des Centres de neuro-psychiatrie, dans les centres qui en sont pourvus, feront tous les trois mois, dans les établissements pénitentiaires situés sur le territoire du Corps d'Armée, une visite ayant pour but le dépistage des malades présentant des troubles mentaux. Ceux des malades pour lesquels la chose sera reconnue nécessaire, seront envoyés en observation sur le centre régional de neuro-psychiatrie. Dans les corps d'armée ne possédant pas de centre spécial, on désignera pour cette visite périodique, un médecin principal ou médecin-major de 1re classe, chef d'un service hospitalier et, autant que possible, médecin des Hôpitaux militaires. Des propositions d'évacuation seront adressées à l'Administration centrale dans la forme habituelle pour les malades qu'il y aurait lieu de diriger sur un centre de neuro-psychiatrie. »

Je me propose de plus d'affecter, au fur et à mesure des possibilités à chaque établissement pénitentiaire de la Métropole ou de l'Afrique du Nord, un médecin militaire spécialisé en neuro-psychiatrie par un stage au Val de Grâce, cette

nouvelle orientation ayant déjà reçu un commencement d'exécution pour le plus important des pénitenciers situés sur le territoire.

⁂

Quant au troisième vœu présenté par M. le Dr Olivier, maire de Blois, il comprend deux parties distinctes :

1° la généralisation pour tous les inculpés de l'examen mental ;

2° la désignation d'un médecin des Asiles pour procéder à ces examens.

Il suffira de signaler à son sujet que les circulaires du 16 novembre 1907 et du 17 octobre 1917 ont rappelé aux magistrats militaires qu'ils doivent, en cette matière, faire preuve de la plus extrême prudence et ne jamais hésiter à soumettre à l'examen d'un expert qualifié, un inculpé qui, par ses antécédents héréditaires ou pathologiques, par sa manière d'être ou son attitude générale, par son intelligence manifestement trop inférieure à la moyenne, par sa parenté très proche avec des êtres anormaux ou même par l'état de dépression physique ou moral dans lequel il se trouvait lorsqu'ont été commis les faits délictieux, leur semblera n'avoir pu se rendre compte de la portée des actes qui lui sont reprochés. D'ailleurs, dès 1907, il a été rappelé (circulaire du 16 novembre, *Bulletin officiel*, volume 594) aux Commissaires du Gouvernement et rapporteurs près les Conseils de guerre qu'il leur appartient de « faire procéder à l'examen mental du prévenu par des *aliénistes* au cours de l'instruction préparatoire quand ils éprouvent des doutes sur l'intégrité de ses facultés intellectuelles, soit en raison des circonstances mêmes dans lesquelles ont été accomplis les actes incriminés, soit en raison des antécédents personnels ou héréditaires du prévenu ».

Les magistrats militaires n'ont pas failli à leur tâche en la matière et dans la liste des médecins civils qui, depuis 1920, ont pu être commis pour procéder à l'examen mental d'inculpés poursuivis devant les Conseils de guerre, les médecins des Asiles y sont très largement représentés, ce qui constitue la démonstration la plus probante de la haute considération que l'Armée attache à la valeur de leurs expertises et à leur compétence indiscutée en psychiatrie.

De cet exposé, Monsieur le Président, dont la longueur est motivée par la haute importance de la question qui vous a

été soumise, il est loisible de conclure à l'identité absolue des directives d'ordre technique qui, en matière de psychiatrie, ont inspiré les vœux de l'Assemblée générale de l'Association amicale des médecins des Asiles d'une part, et, d'autre part, les dispositions arrêtées ou les instructions données par mon Administration Centrale sur la même matière.

En terminant, qu'il me soit permis de rendre hommage à la contribution effective que les médecins des Asiles apportent à mon Administration toutes les fois qu'il est fait appel à leur compétence et à leur dévouement, soit par le Service de Santé, soit par la Justice militaire. Je ne doute pas que dans l'avenir, cette collaboration ne continue à porter ses fruits dans l'intérêt de l'Armée et du Pays tout entier.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Le ministre de la Guerre,
Paul PAINLEVÉ.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Concours de médecins des Asiles publics d'aliénés

Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 21 juin 1926, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service et médecins directeurs dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à huit.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 29 mai inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande. (*Journ. Off.*, 21 avril).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher).

Un poste de médecin-chef préposé responsable est actuellement vacant au quartier d'aliénés de l'Hospice d'Agen (Lot-et-Garonne).

Mutations

M. le Dr Leyritz, médecin-chef de service à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron, a été nommé directeur médecin de l'asile agricole d'aliénés de Chezal-Benoît, en remplacement de M. le Dr Petit, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Merland, médecin-chef de service à l'asile d'aliénés de Leyme (Lot), a été nommé médecin-chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), en remplacement de M. le Dr Mirc, appelé à d'autres fonctions.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Concours de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine

Concours de 1922

Arrêt du Conseil d'Etat

Présidence de M. Romieu

N° 76.693. — Séance du 18 décembre 1925

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux, section du Contentieux,

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés pour le sieur Courbon, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Stéphansfeld (Bas-Rhin)... et tendant à ce qu'il plaise au Conseil d'annuler, pour excès de pouvoirs, avec toutes conséquences de droit, un arrêté en date du 21 mars 1922, en tant que par ledit arrêté le Préfet de la Seine a nommé le sieur Génil-Perrin, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine, et renvoyé le requé-

rant devant le Préfet de la Seine pour être nommé médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine ;

Ouï M. Andrieux, maître des requêtes, en son rapport ; M. Marcilhacy, avocat du sieur Courbon en ses observations ; M. Berget, maître des requêtes, commissaire du Gouvernement en ses conclusions ;

Sur la recevabilité de la requête :

Considérant que le sieur Courbon, bien qu'il n'ait pas déféré au Conseil d'Etat la décision du Ministre arrêtant la liste des candidats pour le concours qui a eu lieu le 9 janvier 1922, sur laquelle le sieur Génil-Perrin a été inscrit, ne saurait être réputé avoir reconnu la régularité de cette décision, ni avoir renoncé à contester ultérieurement, au cas où ce dernier serait nommé à l'une des places mises au concours, son aptitude à prendre part au dit concours, qu'il est, dès lors, recevable à demander l'annulation de l'arrêté attaqué en celles de ses dispositions qui concernent la nomination du sieur Génil-Perrin en qualité de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, par le motif que ce dernier ne remplissait pas les conditions requises pour se présenter au concours ;

Sur les conclusions de la requête tendant à l'annulation de l'arrêté attaqué :

Considérant qu'aux termes de l'art. 3 du décret du 13 mars 1920 « sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins-adjoints du cadre des asiles publics remplissant, au moment de leur inscription, les conditions suivantes : pour les médecins-adjoints, avoir six ans de services effectifs dans leur grade » ;

Considérant que, par application de l'arrêté du Ministre de l'Intérieur en date du 19 juin 1914, qui détermine les services à raison desquels les médecins-adjoints reçus au concours sont réputés avoir effectivement exercé leurs fonctions dans un asile public d'aliénés, et auquel il n'a été apporté aucune dérogation par le décret ci-dessus cité, les services accomplis par le sieur Génil-Perrin, en qualité de chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, sont de nature à entrer en compte pour le calcul de ceux dont les candidats aux postes de Médecins en chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine sont tenus de justifier ;

Mais considérant que si, par suite, les services comme chef de clinique du sieur Génil-Perrin, depuis le 1er novem-

bre 1914, doivent être regardés comme ayant été faits dans le grade de médecin-adjoint, ces services ne peuvent, en exécution de la réserve même inscrite au dit arrêté, être admis pour une durée supérieure à trois ans ; qu'ainsi, en dehors de cette période de trois ans, le sieur Génil-Perrin ne pouvait compter, au moment de son inscription, comme services effectifs dans le grade de médecin-adjoint, que ceux qu'il a accomplis comme médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard, du 1er novembre au 31 décembre 1919, et comme directeur médecin intérimaire de l'asile de Moisselles, du 31 décembre 1919 au 31 juillet 1920, puis du 8 septembre au 8 octobre 1920 ; il ne réunissait donc pas les 6 ans de services exigés par l'article 3 du décret du 13 mars 1920, pour pouvoir se présenter au concours ; que le sieur Courbon est, dès lors, fondé à soutenir que le Préfet de la Seine, en nommant le sieur Génil-Perrin, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine, a excédé ses pouvoirs ;

Sur les autres conclusions de la requête :

Considérant qu'il appartient seulement au Conseil d'Etat de renvoyer le sieur Courbon devant le Préfet de la Seine, pour que soient prises les mesures que peut comporter l'exécution de la présente décision

Décide :

ARTICLE PREMIER. — L'arrêté susvisé du Préfet de la Seine en date du 21 mars 1922 est annulé en tant que par ledit arrêté le sieur Génil-Perrin a été nommé médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, et qu'il a été décidé qu'il serait demandé au Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales de désigner le sieur Génil-Perrin pour remplir les fonctions de Directeur-médecin de l'asile de Moisselles ;

ARTICLE 2. — Le sieur Courbon est renvoyé devant le Préfet de la Seine pour que soient prises les mesures que peut comporter l'exécution de la présente décision ;

ARTICLE 3. — Le surplus des conclusions de la requête est rejeté ;

ARTICLE 4. — Les frais de timbre et d'enregistrement exposés par le sieur Courbon lui seront remboursés par le sieur Génil-Perrin.

Concours de 1926

Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 5 juillet 1926, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de 55 ans d'âge et plus de 5 ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau) de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du 31 mai au 12 juin 1926.

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal officiel* du 3 décembre 1924. (*Journ. off.*, 4 mai).

Internat en médecine des asiles de la Seine

Le concours de l'Internat en médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine s'est terminé le 23 avril 1926, par la nomination par ordre de classement de MM. Meignand, Male, Le Guilland, Masquin, Prugniand, Bauer, Mlle Mastrille, MM. Maynand et Miquel. M. Nacht a été admis au titre étranger.

UNIVERSITÉ DE PARIS. FACULTÉ DE MÉDECINE

Concours d'agrégation

Physiologie. — Nous sommes heureux d'annoncer le succès de notre collègue et ami, le Dr Daniel Santenoise, médecin des asiles, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, qui, après un brillant concours, se classe deuxième sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé.

Neurologie et Psychiatrie. — Sont proposés pour être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé, par ordre de classement, MM. Alajouanine, Heuyer, Lévy-Valensi, Ceillier, Devic.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXe Session

Genève-Lausanne (2-7 août 1926)

Présidents de la 30e session : M. le Professeur Ed. Long (de Genève) ; M. le Dr René Semelaigne (de Paris).

Vice-Président : M. le Professeur Raviart (de Lille).

Secrétaire général : M. le Docteur A. Repond, Directeur-Médecin de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Valais).

Programme des travaux et des excursions

Lundi 2 août (*Genève*). — 9 h. 30. — **Séance solennelle** d'ouverture à l'Aula de l'Université (Promenade des Bastions).

Célébration du Centenaire de la mort de Pinel (1745-1826).

14 h. — 1er **Rapport.** — **Psychiatrie :** *La Schizophrénie.* Rapporteurs : M. le Professeur Bleuler, de Zürich, et M. le Professeur Henri Claude, de Paris. Discussion des rapports. (Salle de l'Athénée).

17 h. 30. — *Réception* à la Société des Nations (Quai Wilson).

20 h. — *Réception* et *collation* offertes au Palais Eynard par le Conseil d'Etat du Canton de Genève et par le Conseil Administratif de la Ville.

MARDI 3 AOUT. — 9 h. 15. — 2e Rapport. — Neurologie : *Le signe de Babinski.* Rapporteur : M. le Dr TOURNAY, Préparateur au Collège de France. — Discussion du rapport. (Salle de l'Athénée).

11 h. 30. — Départ en auto-car pour l'Asile de Bel-Air.

12 h. 30. — *Collation offerte par l'Asile de Bel-Air.*

14 h. — Visite de l'Etablissement.

15 h. — *Séance de communications*, à l'Asile.

18 h. — Retour à Genève.

19 h. 30. — *Dîner* en commun à l'Hôtel Beau-Séjour, *Champel-les-Bains* (offert par le Congrès).

MERCREDI 4 AOUT. — 9 h. 15. — *Assemblée générale* du Congrès (Salle de l'Athénée).

11 h. 30. — Départ de l'Athénée pour *Divonne-les-Bains* (Ain) en auto-cars (*Excursion* offerte par la Station).

12 h. — Visite de l'Etablissement hydrothérapique.

13 h. — *Banquet* offert par l'Etablissement hydrothérapique de Divonne.

15 h. — *Séance de communications* dans la Salle des Fêtes de l'Etablissement.

17 h. — Départ pour *Nyon* par auto-cars, *excursion* offerte par la Maison de Santé « La Métairie ». Visite de « La Métairie ».

18 h. — *Collation* offerte par cet établissement.

20 h. 30. — Retour à Genève par *bateau spécial*, offert par « La Métairie ».

JEUDI 5 AOUT. — 8 h. 30. — Départ de Genève par *bateau spécial*, offert par les Sociétés suisses de Psychiatrie et de Neurologie.

12 h. — Arrivée au *Château de Chillon. Réception* et *collation* offertes au Château de Chillon par les Médecins des Cliniques de la région et par l'Association des Intérêts de Montreux.

14 h. — Départ en auto-cars pour la *visite de Montreux, Vevey et environs.* Promenade offerte par les cliniques

« Mon Repos » (Mont-Pèlerin-sur-Vevey), « L'Ermitage » (La Tour de Peilz), et « Mont-Riant » (Chamby-sur-Montreux). Visite de ces Etablissements. Retour à Vevey.

18 h. 30. — *Banquet* au Grand-Hôtel de *Vevey*, offert par la Société des Cliniques « Mon Repos » et « l'Ermitage ».

20 h. 30. — *Départ pour Lausanne* par le même bateau spécial sur lequel les Congressistes auront pu laisser leurs bagages pendant la journée.

21 h. 15. — Arrivée à Ouchy-Lausanne.

Etant donné l'heure tardive de l'arrivée, les Congressistes feront bien de retenir à l'avance leurs chambres à Ouchy ou à Lausanne.

VENDREDI 6 AOUT (*Lausanne*). — 9 h. 15. — **Séance solennelle** au Palais de Rumine.

Allocutions par les Représentants des Autorités Cantonales, Municipales et Universitaires.

3e **Rapport. Assistance :** *La Thérapeutique des Maladies mentales par le travail.* Rapporteurs : M. le Professeur Ch. LADAME, de Genève, et M. le Dr DEMAY, de Clermont (Oise).

Discussion du rapport.

14 h. — *Séance de communications* au Palais de Rumine.

17 h. — Départ pour l'*Asile de Cery*.

Train spécial à la gare d'Echallens, offert par l'Asile.

Visite de l'Etablissement par groupes ; notamment de l'organisation du travail des aliénés.

20 h. — *Banquet* offert par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud et par la Ville de Lausanne.

SAMEDI 7 AOUT. — 8 h. 30. — Départ à la gare de Lausanne pour *Aigle* (par *wagons spéciaux ;* voyage offert par le Congrès).

D'Aigle à *Monthey. Train spécial* offert par la Maison de Santé de Malévoz.

10 h. 30. — *Visite de la Maison de santé de Malévoz.*

12 h. — *Collation valaisanne* offerte par la Maison de Santé de Malévoz et les Autorités Cantonales et Municipales.

14 h. 30. — Départ de l'Etablissement pour la gare C. F. F. (15 minutes).

14 h. 50. — Départ pour le Bouveret par *train spécial* (offert par la Maison de Santé de Malévoz).

15 h. 30. — Arrivée au Bouveret où les Congressistes trouveront un *bateau spécial* offert par la Société des Eaux d'Evian.

16 h. 30. — Arrivée à *Evian-les-Bains*. Visite de l'Etablissement Thermal.

18 h. — *Collation* offerte au Royal-Hôtel par la Société des Eaux d'Evian. Clôture du Congrès.

Note : Tenue de ville pour toutes les réceptions. La Carte de Congressiste tiendra lieu d'invitation.

Les 2 et 3 août, à Genève, le 6 août à Lausanne, des visites de la Ville seront organisées pour les *Dames congressistes* qui désireront y participer.

Après la session, des visites pourront être organisées dans de nombreux Etablissements, notamment à la Maison de Santé de Préfargier, à l'Asile de Perreux (Neuchâtel), etc. La liste de ces Etablissements sera remise aux Congressistes pendant la Session.

S'inscrire au Secrétariat du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent participer aux *excursions* et assister aux réceptions, devront s'inscrire au Secrétariat au plus tard le lundi 2 août. A Genève, le Secrétariat se tiendra salle de l'Athénée.

Des excursions facultatives en auto-car auront lieu à la suite du Congrès.

Renseignements généraux

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres adhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 30 francs. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers.

Le prix de leur cotisation est de 15 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Pour s'inscrire envoyer le montant des cotisations en francs français, par *mandat poste*, avec indication exacte des noms et adresses des membres adhérents et des membres associés, à M. le Directeur de l'Agence de Neuilly de la Société Générale (44, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine, Seine), Compte de M. le Docteur Repond, ou au Docteur Repond, Secrétaire général de la 30e Session, Directeur-Médecin de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Valais). (Compte de chèques postaux suisse n° 11, c. 206, Sion).

N. B. — Pour l'entrée en Suisse et la rentrée en France, un Passeport est indispensable.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 32.430

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Chronique

Une proposition de loi sur les Services ouverts

Trois honorables députés (1), qui paraissent n'avoir des dispositions essentielles de la loi de 1838 qu'une notion très vague et ont recueilli sur le service de cure libre de Ste-Anne des renseignements plus élogieux que précis, se sont associés pour déposer à la Chambre des députés une proposition de loi tendant à « la création de services départementaux d'hospitalisations libres des psychopathes curables ». Il en est, paraît-il, un besoin urgent. « A l'heure où la saignée humaine de la guerre a accru le déficit économique, nous disent les auteurs, où notre natalité décroît, nous avons besoin de récupérer toutes les forces de l'ac-

(1) MM. Fié, Gardiol et G. Faugère. — Voir p. 481 le texte du projet.

tivité humaine, et plus que jamais la nécessité se fait sentir de donner suite au projet de loi présenté par la Ligue d'Hygiène mentale en 1923 et que nous faisons nôtre. »

Voilà bien de belles intentions et l'exposé des motifs en est pavé. On y lit que « la psychopathie est une cause de moindre rendement » et que ce qui est gaspillé « c'est la manifestation la plus noble, la plus élevée en dignité de l'énergie humaine: la force intellectuelle ». Ce sont là des vérités déjà anciennes et sur lesquelles généralement l'on tombe d'accord. Mais voici qui est plus nouveau. Les auteurs nous déclarent que « si la loi de 1838 autorise, avec discernement, l'internement dans des asiles publics ou privés des mentaux chroniques et même des mentaux aigus et curables dangereux pour les autres et pour eux-mêmes », le psychopathe prédisposé et inoffensif est abandonné à son malheureux sort. Le riche, lui, a la maison de santé. Le pauvre ou le malade de condition modeste « doit se contenter d'un traitement inopérant à domicile ou entrer à l'asile d'aliénés en promiscuité avec les chroniques et les gâteux... » Donc, il importe de combler cette lacune de la loi de 1838, en créant des services ouverts. Là les malades seront observés avant d'être internés, car, à l'heure actuelle, dit-on, on interne d'abord la personne avant de savoir s'il faut réellement l'interner.

Il me paraît nécessaire d'examiner à la lumière des faits ces différentes affirmations dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles sont superficielles et légères.

Il n'est pas vrai tout d'abord que la loi de 1838 ait les torts qu'on lui impute. Les auteurs de la

proposition n'ont sans doute jamais entendu parler de l'article 25 de la loi de 1838, qui dispose (§ 2) : « Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sécurité des personnes, y seront également admis (à l'asile) dans les formes, etc. »

Le Ministre de l'époque commentait ainsi cette disposition :

« Il est des aliénés dont la condition est trop « déplorable quoiqu'ils ne menacent pas la sécu- « rité des citoyens, pour que la Société ne leur « vienne pas en aide. Tous ceux surtout qui sont « en proie aux premiers accès d'un mal que l'art « peut dissiper, doivent être admis à recevoir les « secours de la science et de la charité. Lorsque « sur tous les points de notre territoire, des hôpi- « taux sont ouverts aux diverses maladies qui affli- « gent l'humanité, la plus cruelle de toutes, l'alié- « nation mentale, ne saurait être privée de ce « bienfait... » (Circulaire aux Préfets du 5 août 1839).

Voilà pour le principe. Tous les psychopathes, à quelque catégorie qu'ils appartiennent peuvent recevoir des soins dans les établissements publics de la loi de 1838, laquelle (art. 8), permet à tout parent ou à tout ami, de demander et d'obtenir, à l'aide d'un simple certificat médical et une pièce d'identité, le placement rapide du malade et de lui assurer les soins que nécessite son état.

Et les auteurs de la proposition ne me semblent pas être au courant de l'organisation intérieure des asiles, quand ils proclament que les psychopathes curables sont condamnés à vivre en promiscuité avec les chroniques et les gâteux. Le corps médical des asiles protesterait abondamment, j'en suis sûr,

contre pareille allégation. Dans tout établissement qui se respecte, il y a pour les nouveaux venus un quartier d'observation, ou au moins une infirmerie où ces malades sont examinés et traités, de la façon qui convient le mieux à leur cas.

En ce qui concerne la distinction que l'on tente d'établir entre les malades incurables ou curables, dangereux ou inoffensifs, et sur laquelle se fonde tout le système des services ouverts, je n'ai aucune compétence pour en discuter. J'ai interrogé plusieurs médecins aliénistes qui tous m'ont répondu que cette distinction ne peut se faire *à priori*. Voici d'ailleurs, à ce propos, ce que déclarait, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, le professeur Gilbert Ballet :

« La distinction entre les mentaux simples et « les mentaux dangereux pour eux-mêmes ou pour « les autres, si elle est possible quand les malades « sont placés sous l'observation et sous la tutelle « médicale, si elle peut même alors servir et si, en « fait, journellement elle sert à la détermination « des mesures de traitement et de surveillance « applicables à chaque groupe de cas, cette dis- « tinction est inadmissible avant l'entrée, car elle « est aléatoire et sujette à l'erreur. » (1).

Qu'est-ce à dire ? sinon que les services fermés ou ouverts ne peuvent recevoir, à l'entrée, que des malades de catégories confondues et que ce n'est que plus tard qu'on pourra opérer parmi eux un triage et un classement méthodiques, qu'en conséquence on ne saurait concevoir des services, à entrée libre, de psychopathes curables, mais seulement des services d'observation et de triage.

(1) Discours à l'Académie de Médecine. *Bulletin médical* du 8 avril 1914.

A Paris que se passe-t-il ? Nous avons l'*Infirmerie spéciale du dépôt*, sous l'autorité du Préfet de Police, malheureusement aménagée dans des locaux défectueux, et qui, très légitimement, vit en marge de la loi de 1838. Pourquoi ? parce que les individus qu'on y amène ont été arrêtés sur la voie publique ou ailleurs, soit de jour, soit de nuit, à la suite de violences, de scandales, de tentatives de suicide, d'excentricités, etc... et qu'on ne sait pas si ce sont des psychopathes plus ou moins aliénés, ou simplement des ivrognes, des pervers ou des malfaiteurs. Les médecins aliénistes procèdent à leur examen, établissent le diagnostic et suivant le cas, les dirigent, après ordonnance du Préfet de Police, sur le service d'admission de Ste-Anne, ou sur des maisons de santé privées, ou bien, s'ils ne sont pas inculpés, les rendent à la liberté ou à leur famille.

Partout ailleurs les malades entrent munis d'un certificat médical décelant leur maladie mentale, c'est le cas du placement volontaire, ou bien ils se présentent librement au service spécial à Ste-Anne, se déclarant eux-mêmes atteints de troubles mentaux.

Là, il n'y a pas de doute, l'on a affaire certainement à des malades de l'esprit, atteints plus ou moins gravement. Que fait le médecin en chef du service libre ? Il commence par les séquestrer ; il les examine, détermine la nature de la maladie pour laquelle ils sont venus d'eux-mêmes réclamer des soins, institue un traitement approprié, les retient dans son pavillon et ne les laisse sortir, même en dépit de leurs protestations, que le jour où il les croit guéris, ou bien, s'il les considère comme incurables ou dangereux, il les fait interner par ordonnance du Préfet de Police.

On se demande pourquoi ces malades sont privés des garanties de la loi de 1838; pourquoi le médecin est revêtu d'une omnipotence totale ; pourquoi le procureur de la République n'a pas entrée dans son service, pourquoi il n'y existe aucun contrôle légal. Il s'y trouve pourtant des psychopathes plus ou moins aliénés et de toutes catégories, qui, sous le régime du placement volontaire à l'asile proprement dit, recevraient les mêmes soins, donnés par des médecins d'une égale valeur scientifique, et qui, si leur famille désirait les retirer, pourraient sans obstacle sortir de l'établissement.

Je n'ai jamais pu concevoir les avantages tant vantés du service ouvert, si je les compare aux avantages du placement volontaire de la loi de 1838. Le seul avantage, à l'heure actuelle, c'est qu'un malade peut s'y faire interner spontanément. Je dis s'y faire interner, car, que l'on soit renfermé suivant le bon plaisir d'un médecin-directeur ou suivant les règles de la loi de 1838, l'on est tout de même séquestré. Internement dans les deux cas.

Mais on déclare, à grand tapage, que le service ouvert a le précieux mérite pour le malade, traité discrètement, à l'abri des regards, dans un pavillon isolé, de le préserver, après guérison, de la tare de l'aliénation mentale. Il faut une candeur sans pareille pour croire que les malades quittant les pavillons dits ouverts, enclos dans le domaine de l'asile Ste-Anne, séparés du gros de l'asile par une simple allée, ne seront pas considérés par le public comme sortant d'une maison de fous. Cette prétention nous paraît puérile.

Les auteurs de la proposition de loi ne manquent pas pourtant de faire état de ce pauvre argument.

Et le plus curieux c'est qu'après avoir vanté les bienfaits du nouveau service de Ste-Anne, ils paraissent condamner les maisons de santé privées, où les personnes fortunées « sont soignées, disent-ils, et cloîtrées, sans protection au point de vue civil et sans surveillance médicale, administrative et judiciaire suffisantes. »

C'est précisément le cas du service ouvert de Ste-Anne. Le médecin y est dégagé des obligations de la loi de 1838 et jouit d'une autorité complète, sans appel. Les députés qui veulent généraliser le système dans toute la France, ne s'aperçoivent-ils pas que le jour où leur loi serait en vigueur, les maisons de santé privées seraient du même coup affranchies, elles aussi, de tout contrôle et de toute surveillance ? Il leur suffirait de baptiser psychopathes curables tous leurs malades.

Le service ouvert de Ste-Anne a un autre et très grave défaut. Les malades mentaux qui y sont traités et qui sont destinés à y demeurer des semaines et même des mois, sont, en ce qui concerne la gestion de leur patrimoine, dans un état de complet abandon. Les auteurs de la proposition de loi ne me paraissent pas s'effrayer de cette lacune considérable, et proclament bravement que « la protection des biens peut être assurée par les dispositions générales du Code civil ». Le Code civil n'offre d'autre ressource que l'interdiction. Or, elle est entourée de formalités longues, coûteuses et ne peut être prononcée que si l'aliénation mentale est devenue habituelle, c'est-à-dire, en fait, incurable. Et cependant, les malades des services ouverts, psychopathes plus ou moins gravement atteints, ont des intérêts qu'il importe de surveiller. Les petites

gens, peu fortunés, qui y vivent, sont des commerçants, des boutiquiers, des employés, des artistes, etc., qui sont venus eux-mêmes demander leur isolement. Ils ne sont pas sans posséder un mobilier de plus ou moins grande valeur, qui a besoin d'être mis à couvert; ils peuvent avoir une boutique, un petit commerce ; détenir quelques titres de rente, des valeurs mobilières, etc... Qui s'occupera de pourvoir à la gestion de ces intérêts, d'autant plus dignes de protection que ces malades appartiennent aux catégories les moins favorisées de la fortune ? Les parents ? Ils rencontreront des obstacles; leur intervention officieuse n'est pas sans inconvénients par les facilités qu'elle offre à la mauvaise foi, par la négligence ou la crainte de se compromettre qui en paralysera les effets. On fera signer des procurations ? d'autres actes plus importants encore ? à qui ? à des malheureux qui ne sont pas en état de donner un consentement valable. Ces signatures données, en cours de traitement, ne serviront-elles pas d'instruments de spoliation. Que d'abus possibles !

La loi de 1838 a prévu tout cela. Le malade, du fait même de son admission à l'asile, devient juridiquement incapable et ses actes peuvent être annulés. Un administrateur provisoire désigné par la Commission de surveillance ou, suivant les cas, des mandataires spéciaux prennent soin de ses intérêts. Quand il rentre guéri, ou amélioré, dans la vie sociale, il n'a pas été dépouillé, il trouve ses affaires en ordre. Quel bienfait !

Point n'est besoin d'une nouvelle loi créant des services ouverts. La loi de 1838 suffit. Il faudrait bien peu d'amendements pour la rendre parfaite à tous égards. Le projet Strauss, en instance devant

le Sénat, prévoit les placements « spontanés », grâce à quoi les malades pourraient se placer eux-mêmes sans formalités. Que le Parlement consacre de son vote cette innovation, tout en maintenant les règles de protection aujourd'hui en vigueur, et la question des services ouverts ne se posera plus. Elle sera résolue avec toutes les garanties nécessaires.

Est-ce à dire que le Dr Toulouse, par son initiative hardie, ait fait œuvre complètement vaine ? Non pas. D'abord, il a réorganisé d'une façon intelligente un dispensaire qu'il dénomme, un peu pompeusement peut-être, service de *Prophylaxie mentale*. Autrefois il s'appelait plus simplement service des *Consultations externes*. Quoi qu'il en soit, voilà un organisme utile rendant des services à la population parisienne. Il serait intéressant de savoir, de façon précise, pour juger des résultats obtenus, quelles sont les catégories de malades traités, car il est infiniment probable qu'à côté des psychopathes se présentent des patients relevant des hôpitaux ordinaires.

Quant au pavillon d'hospitalisation, dit service libre, j'en ai indiqué les défauts et les dangers. Le mérite du Dr Toulouse, ou son habileté, est d'être parvenu, en mettant en œuvre sa belle ténacité et ses dons variés de séduction, à obtenir, de la bienveillante générosité du Conseil général de la Seine, des crédits relativement considérables, à l'aide desquels il a pu aménager un pavillon de traitement confortable, luxueux même, avec un matériel scientifique complet. Il est ainsi en mesure de soigner les malades qui se présentent avec tous les moyens que la science met actuellement à la disposition du praticien. Voilà le beau

côté de l'installation nouvelle qu'on peut montrer avec orgueil aux visiteurs de tous pays.

Mais tous les médecins aliénistes de France, parmi lesquels se trouvent tant d'hommes de haute valeur scientifique, seraient tous prêts à suivre l'exemple. Ce n'est pas une loi nouvelle qu'il leur faut. Que leur manque-t-il ? L'argent, le nerf de la guerre, ce avec quoi le Dr Toulouse a installé son pavillon de luxe. Donnez-leur des crédits suffisants et les asiles de France, dont beaucoup sont dans un état qui ne fait pas honneur à notre pays, verront, eux aussi, surgir, en bonne place, des pavillons d'observation et de traitement modernes, savamment agencés.

Les trois députés qui ont la louable ambition de vouloir « rééduquer des milliers de cerveaux » me permettront, pour conclure, de leur suggérer une idée.

Au lieu de légiférer inutilement sur les services ouverts, qu'ils cherchent plutôt à créer une sorte de fonds commun pour les asiles de France, fonds qui s'ajouterait aux crédits départementaux et serait alimenté par une taxe, avec affectation spéciale, prélevée sur tous les débitants d'alcools, d'apéritifs, d'anis, etc. Cette taxe serait la rançon des ravages causés par tous ces poisons et qui comptent bien, n'est-ce pas ? parmi les causes directes ou indirectes les plus certaines de nombreuses affections mentales.

L'argent, voyez-vous, est ce qui manque le plus à une assistance rationnelle et efficace des malheureux aliénés. Voilà le vrai problème. Le reste n'est que fanfare.

Eugène Raiga,
Directeur honoraire à la Préfecture de la Seine.

L'INTERDICTION ET LA PROTECTION DES PERSONNES

Par les Drs Julien RAYNIER et Xavier ABÉLY

La question de l'interdiction des aliénés a été mise à l'ordre du jour à l'occasion de procès récents dans lesquels la personnalité du tuteur a fait l'objet des principales attaques. On peut se demander si les défauts de l'institution elle-même ne pourraient pas être mis en cause.

Nous nous proposons de n'envisager ici l'*interdiction* que *dans ses rapports avec la protection de la personne de l'aliéné.* Laissant de côté la question de la gestion du patrimoine, nous ne nous occuperons que de la sauvegarde de la liberté individuelle et de la sollicitude matérielle et morale due aux malades internés. A ce point de vue, la loi de 1838 qui offre cependant de sûres garanties, a été violemment attaquée. Par contre, l'interdiction, œuvre du code civil, est restée l'objet d'une sorte de respect traditionnel. La protection qu'elle organise n'est plus toujours exactement adaptée aux conceptions modernes. S'il convient d'apporter quelques modifications à la législation actuelle des aliénés (1), peut-être pourrait-on utilement ne pas perdre de vue la réforme de l'interdiction.

⁂

Généralités historiques

Les rédacteurs du code civil, imbus des notions de législation romaine, avaient attribué à l'Interdiction des vertus que la pratique ne devait pas entièrement

(1) Raynier et Beaudouin. — *L'aliéné et les Asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique.* (Paris, 1924, chez le François).

confirmer. Ils n'avaient consacré aucune disposition spéciale au régime de l'internement des aliénés. Mais ils avaient cru organiser leur protection au moyen de l'interdiction. En principe, cette mesure devait être le prélude ou le complément nécessaire de tout internement. Elle paraissait fournir toutes les garanties désirables, puisque l'interdiction impliquait une enquête judiciaire et ne pouvait être prononcée que par un tribunal. L'article 489 du code civil (1) rendait, en somme, l'interdiction obligatoire pour les états habituels d'imbécilité, de démence ou de fureur, c'est-à-dire dans presque tous les cas d'aliénation mentale. Dans la pratique, la prescription de l'article 489, dépourvue de sanction, ne fut pas respectée. La répugnance des familles pour l'interdiction fut manifeste. L'usage s'établit rapidement d'interner les malades sans les interdire et, par conséquent, sans fournir les garanties aujourd'hui requises de protection de la personne.

Le législateur de 1838, reconnaissant l'insuffisance de l'interdiction, institua d'autres mesures pour la sauvegarde de la liberté individuelle et la protection de la personne de l'aliéné et de ses biens. A côté de ces dispositions plus modernes, il laissa cependant subsister l'institution traditionnelle de l'interdiction, certaines des modalités nouvelles étant considérées comme des mesures provisoires devant à l'occasion la précéder.

Après la loi de 1838, l'interdiction fut aussi délaissée qu'auparavant et les mesures provisoires fournirent désormais le régime le plus habituel des aliénés internés. L'introduction cependant de cette antique institution dans la législation sur les aliénés et la nécessité de l'adapter aux articles nouveaux, ont entraîné un certain anachronisme.

⁂

(1) « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité de démence ou de fureur *doit* être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides. »

COMPARAISON DU RÉGIME COMMUN DE LA LOI DE 1838 ET DU RÉGIME DE L'INTERDICTION

On pense généralement que l'aliéné interdit est l'objet d'une sollicitude spéciale, que l'interdiction est une preuve de l'intérêt particulier porté au malade, auquel la loi accorde des faveurs spéciales. On considère au contraire que les aliénés non interdits, dont les intérêts semblent négligés, sont des malades délaissés, qui ne jouissent pas des mêmes avantages. Il est loin d'en être toujours ainsi dans la pratique.

Les mesures édictées par la loi de 1838 représentent un progrès réel par rapport à l'interdiction. La comparaison des deux régimes montre à plusieurs points de vue la supériorité du régime ultérieur.

Régime commun de la loi de 1838

La loi de 1838 admet le principe de la séparation des fonctions et des pouvoirs. La protection des biens et la protection de la personne sont confiées à des personnages différents : l'administrateur provisoire et le curateur.

Les pouvoirs de l'administrateur provisoire sont restreints à la gestion du patrimoine. Le curateur est chargé « *du soin de la personne et de renforcer les garanties donnés à la liberté individuelle* ». Ainsi que l'exposait l'un de nous (1), la loi « s'est avant tout préoccupée du danger que pourrait présenter la réunion de ces deux pouvoirs dans une même main. La loi n'a pas voulu mettre le curateur entre son intérêt et son devoir. Le cumul de ces deux fonctions n'est pas possible car c'est « *en outre de l'administrateur provisoire* » stipule la loi, que le curateur exerce une sorte de surveillance de l'administration provisoire, à l'occasion de l'emploi des revenus et qu'il est de règle élémentaire qu'on ne peut être à la fois contrôleur et contrôlé ».

La fonction d'administrateur provisoire commun

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN. — *Loco citato*, p. 443 et suiv.

des aliénés non interdits est remplie dans les asiles publics par l'un des membres de la commission de surveillance, c'est-à-dire par une personne compétente et n'ayant aucun lien de parenté avec tel aliéné. Si la fortune à gérer est importante, un administrateur provisoire particulier peut être nommé sur la demande non seulement des parents, mais encore de la commission de surveillance ou sur la provocation d'office du Procureur. La nomination est faite par le Tribunal qui a toute latitude pour choisir la personne la plus qualifiée, parente ou non du malade.

Le curateur peut être nommé sur la demande du malade, d'un parent, d'un ami ou sur la provocation d'office du Procureur. Sa nomination est faite par le Tribunal. La loi pose une règle formelle : c'est que le curateur ne peut être choisi parmi les héritiers présomptifs de l'interné.

Les fonctions de l'administrateur provisoire et du curateur cessent de plein droit et immédiatement à la sortie du malade.

Telles sont les règles générales instituées par la loi de 1838. Ce n'est pas qu'elles ne puissent être perfectionnées (1), mais du point de vue de la protection de la personne qui présentement nous occupe, elles n'en sont pas moins supérieures au régime de l'interdiction.

Régime de l'Interdiction

Provocation de l'Interdiction. — L'interdiction ne peut être provoquée que par le conjoint ou les parents (art. 490), en somme par les héritiers de l'aliéné.

Le sens du mot « parent » est limitatif. Les alliés, même les plus proches, ne sont pas admis à demander la nomination d'un tuteur ; à plus forte raison les amis sont-ils éliminés. La nécessité de la tutelle qui protègera les biens et la personne de l'aliéné est laissée à l'appréciation de ses héritiers. S'ils estiment avoir plus

(1) RAYNIER et BEAUDOUIN. — *Appréciation critique de la condition juridique des aliénés non interdits établie par la loi de 1838. Loco citato*, p. 451 à 486.

d'intérêt à ne pas la provoquer, ils peuvent rester dans l'inaction, M. Trénel vient d'en rapporter un intéressant exemple (1). « Le danger pécuniaire, écrit M. le Professeur Planiol, que court la personne qui n'est pas interdite, peut venir de sa famille elle-même, c'est-à-dire précisément des individus auxquels le texte de la loi a confié le soin de demander l'interdiction, de préférence au ministère public » (2).

Le Procureur lui-même ne peut, en effet, provoquer l'interdiction que dans le cas de fureur ou si l'aliéné n'a aucun parent (art. 491). Encore cette prérogative est-elle à peu près abandonnée depuis la loi de 1838 qui permet l'internement des aliénés dangereux sans interdiction préalable.

Le code civil favorise les héritiers beaucoup plus qu'il ne protège le malade. Les commentaires des juristes sur l'art. 490 ne peuvent laisser de doute à ce sujet : « Les alliés même les plus proches, disent MM. les Professeurs Colin et Capitan, n'étant pas héritiers présomptifs de l'aliéné, dès lors n'étant pas intéressés à son interdiction, ne sont pas admis à la provoquer (3). » La question s'est posée sous une autre forme ; il s'agissait de savoir si les parents qui ne sont pas au degré successible, peuvent solliciter l'interdiction. Des décisions de jurisprudence concluent que cette mesure ne peut être demandée par des parents au delà du 6e degré.

La persistance de ces dispositions dans notre législation actuelle pourrait surprendre. Leur introduction dans le code civil ne peut s'expliquer que par des considérations historiques et par des réminiscences du droit romain primitif, dans lequel la tutelle était créée en faveur des héritiers, afin de maintenir intact le patrimoine familial. Les idées régnantes au moment de la rédaction du code civil, tendaient, elles aussi, à la conversation de l'intégrité du patrimoine qui était surtout un patrimoine foncier. Mais dans la législation

(1) Trénel. — *Société de médecine légale.* Janvier 1926.
(2) Dalloz. — Note sous l'arrêt de Cassation du 23 juillet 1903.
(3) Colin et Capitan. — *Droit civil,* tome I, p. 585.

romaine, elle-même, cette considération étroitement intéressée fit place plus tard à une idée plus humaine : la protection due aux incapables.

Choix et désignation du tuteur. — La tutelle demandée par les héritiers sera naturellement confiée à l'un de ces héritiers. Le législateur a favorisé ce choix. Le tuteur est, en effet, désigné par le Conseil de famille. La tutelle des interdits n'est pas judiciaire, elle est toujours dative. La loi suppose que l'héritier gérera bien le patrimoine qui doit lui revenir. Sans doute ; mais il le gérera, maintes fois, dans le sens qui lui sera le plus favorable. Dans ces conditions, que deviendra, en quelques circonstances, l'intérêt du malade ?

Le choix du Conseil de famille est même limité lorsqu'il s'agit d'une femme mariée. Le mari est alors de droit tuteur de son épouse. Si ce choix peut se défendre dans la plupart des cas, on a vu, sous certains régimes matrimoniaux, celui de la communauté des biens, par exemple, un mari ayant un réel intérêt pécuniaire à faire interdire sa femme, afin de profiter seul de la totalité des revenus du ménage.

Nous sommes loin de prétendre que, parmi les héritiers présomptifs, il ne puisse y avoir de bons tuteurs, de bons pères, de bon fils ou de bons époux qui accomplissent de façon parfaite leur devoir d'affectueuse assistance à l'égard de l'interdit ; mais il faut tenir compte qu'il peut en être d'autres. La loi ne doit pas tabler sur le sentiment. Elle s'adresse précisément à ceux qui n'auraient, sans elle, qu'une conception limitée du devoir. M. De Barthélemy disait à la Chambre des Pairs : « Les exemples d'enfants qui ne remplissent pas envers leurs parents les obligations sacrées que la nature leur impose, surtout lorsqu'ils sont mis en présence de leurs intérêts, ne sont pas assez rares pour qu'ils ne doivent pas éveiller toute la sollicitude du législateur. » Il dégageait, sous une autre forme, une opinion qui avait cours bien avant le moyen âge et que les établissements de saint Louis avaient traduit en ces termes savoureux : « Cilz qui ont le retour de la

terre, ne doivent pas avoir la garde des enfants, car soupçon est qu'ils ne voulussent plus la mort des enfants que la vie, pour la terre qui leur escherroit. »

Réunion des pouvoirs. — Le tuteur est chargé à la fois de la protection des biens et de la protection de la personne de l'interdit. La séparation des fonctions, qui nous paraît désirable comme elle l'a paru aux législateurs de 1838, n'existe pas dans l'interdiction. Les pouvoirs y sont réunis dans la même main. Cependant le pouvoir du tuteur dans la gestion du patrimoine est beaucoup plus étendu que celui de l'administrateur provisoire dont le rôle est réduit à l'administration et à la conservation des biens. Cette puissance du tuteur peut paraître d'autant plus anormale, qu'il est généralement, comme nous venons de le voir, l'héritier présomptif de l'interdit. Il est évident qu'ici le conflit peut naître entre l'intérêt et le devoir. L'intérêt du tuteur, s'il est héritier, est de faire le plus d'économies possibles sur les revenus pour augmenter le patrimoine. Le devoir, à l'égard de l'aliéné est, au contraire, d'employer toutes les économies pour la guérison et le bien-être du malade. On ne peut compter, pour l'accomplissement de ce devoir, que sur la conscience du tuteur. Sans doute, la loi déclare (art. 510), que « *les revenus de l'interdit doivent être employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison* ». Mais cette obligation est purement morale. Renaudin dont les travaux ont joui et jouissent encore d'une légitime autorité, écrivait déjà (1) : « Livré, sans défense, à la rapacité de parents avides, l'interdit voit dénaturer ou transformer ce qu'il possède, ou bien, thésaurisant ses revenus, méconnaître impunément les prescriptions formelles de l'art. 510 du code civil... L'autorité du tuteur me paraît dans certains cas trop exclusive et il serait à désirer que le jugement d'interdiction statuât sur l'emploi des revenus de l'interdit et prévînt les abus qui se révèlent

(1) Renaudin. — *Commentaires sur le Service des Aliénés*, 1863 (Baillères).

trop souvent ». La loi ne punit pas de tels agissements ; une sanction ne peut atteindre le tuteur que s'il commet de véritables malversations.

L'étendue de ce pouvoir ne pourrait être restreinte, que par l'existence d'un contrôle. Or, ce contrôle est insuffisant. La loi de 1838 a admis une sorte de surveillance de l'administration provisoire par un curateur, dont la nomination est, il est vrai, facultative. Ce curateur est pris en dehors des héritiers, étant donné qu'il a pour rôle de « *veiller à ce que les revenus du malade soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison* » (art. 38). Il n'y a pas de contrôle analogue dans l'interdiction. Bien mieux, la loi sur les aliénés déclare que « tout individu interdit » ne peut avoir un curateur. Toute demande faite en vue d'une telle nomination, n'est pas recevable (art. 38 de la loi de 1838). Et même, si l'aliéné avait un curateur avant son interdiction, ce dernier doit cesser immédiatement ses fonctions lorsque le tuteur est nommé.

Mais, pourrait-on objecter, toute surveillance n'est pas absente. Elle est exercée en réalité par le Conseil de famille et par le subrogé tuteur. Le procès du Conseil de famille a été fait depuis longtemps par nombre de juristes qui ont constaté sa « faillite » (1). Exceptionnellement convoqué « il ne peut pas exercer une direction effective de la tutelle et contrôler le pouvoir incompétent du tuteur » (1).

Quant au subrogé tuteur « son rôle est théoriquement très limité et, pratiquement inexistant ». Sans doute, le subrogé tuteur doit s'assurer que le tuteur remplit sa mission avec fidélité. Mais comme « la loi ne lui donne que de faibles moyens pour s'acquitter de sa mission... » on ne voit pas bien comment il peut exercer sa surveillance. Si le tuteur entend lui cacher ses actes, il n'a aucun moyen pour le contraindre à les lui faire connaître. « A raison des moyens insuffisants de contrôle que la loi lui confère, un subrogé tuteur est rarement tenu pour responsable du dom-

(1) COLIN et CAPITAN. — *Loco citato*, tome I, p. 490 et suiv., 527 et suiv.

mage causé par les incorrections du tuteur ; il lui serait trop facile de démontrer que ce n'est pas par sa faute, mais par celle de la loi qu'il n'a pu les empêcher. » Ajoutons que la subrogée tutelle comme la tutelle est dative. Le Conseil de famille nomme le plus souvent à ces deux fonctions deux personnes ayant des liens trop rapprochés pour se contrôler effectivement. Le subrogé tuteur est généralement choisi parmi les parents de l'interdit ; il peut être lui-même un héritier présomptifs. La loi ne met qu'une condition à ce choix : le subrogé tuteur ne doit être pris, hors le cas de frères germains, que dans celle des deux lignes à laquelle le tuteur n'appartient pas (art. 423). Il n'y a pas là évidemment la même garantie d'impartialité que celle offerte par le curateur obligatoirement choisi hors des parents de l'aliéné et qui n'est guidé que par les sentiments désintéressés de l'amitié.

Droits sur la sortie du malade. — La sollicitude matérielle et morale que peut attendre l'aliéné interdit, dépend donc à peu près exclusivement de la bienveillance de son tuteur. Ce pouvoir déjà considérable sur la personne du malade est plus étendu encore ; il porte aussi sur la *liberté* proprement dite de l'aliéné.

L'interdiction confère au tuteur seul le droit de demander la sortie du malade. Ni le subrogé tuteur, ni les membres du Conseil de famille n'ont la même prérogative. Mais il est bon, toutefois, de rappeler que le médecin peut toujours déclarer le malade guéri et que le Préfet peut, dans tous les cas, ordonner la sortie.

Examinons, tout d'abord, le cas du *placement volontaire* : Le curateur, les parents, la personne autorisée par le Conseil de famille peuvent, à tout moment, requérir la sortie de l'aliéné non interdit. Si le malade est interdit, toutes ces personnes qui sont susceptibles de porter un intérêt sincère à l'aliéné, sont écartées. La loi est catégorique à ce sujet. « *En cas d'interdiction, le tuteur seul peut requérir la sortie* » (art. 14, *in fine* de la loi de 1838).

Voyons maintenant les *dispositions communes aux deux modes de placement :* S'il s'agit d'un aliéné non

interdit, le curateur, tout parent, tout ami, le malade lui-même peuvent demander au Tribunal la mise en liberté. Si l'aliéné est interdit, toutes ces personnes dont la sollicitude à son égard n'est pas douteuse et ne saurait être modifiée par la mesure de l'interdiction, sont éliminées. Ici encore la loi est formelle : « *Dans le cas d'interdiction, cette demande ne saurait être formée que par le tuteur de l'interdit* » (art. 29 de la loi de 1838). En lisant attentivement l'article 29, il semblerait même que le Procureur protecteur-né des incapables, ne pourrait pas, en cas d'interdiction, se pourvoir aux fins de sortie, puisque d'aucuns estiment que la place de l'alinéa relative au tuteur de l'interdit, serait de nature à permettre d'exclure toutes les personnes antérieurement nommées, dont le Procureur.

Rappelons enfin que la loi refuse à l'aliéné interdit, la protection d'un curateur, dont un des rôles essentiels est encore de « *veiller à ce que le malade soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra* » (art. 38 de la loi de 1838).

Le malade peut avoir été interdit avant son entrée à l'asile ou dès son entrée. Envisageons maintenant — situation très suggestive — le cas d'un aliéné interdit seulement *au cours de son internement*. Jusque-là, tous les parents, tous les amis, le curateur du malade pouvaient solliciter sa sortie ; le malade, lui-même, pouvait adresser une requête aux autorités judiciaires. Dès la nomination du tuteur, ces prérogatives si légitimes sont immédiatement abolies ; le curateur doit même cesser ses fonctions. Pourquoi modifier ainsi, du jour au lendemain, les droits immuables du malade à la sauvegarde de sa liberté individuelle ? Quelle raison peut justifier la diminution des garanties de cette liberté? Ses amis, ses parents sont les mêmes, leur sympathie est restée identique, le malade, lui-même n'a pas changé, du fait de l'interdiction ; son affection mentale n'est devenue ni plus, ni moins grave. S'il était capable jusque-là de solliciter sa sortie, pourquoi lui enlever cette dernière illusion de liberté dont la perte peut être d'autant plus douloureusement ressentie, qu'il est plus conscient ? Il n'est que trop vrai, d'ailleurs,

que toute la procédure de l'interdiction à laquelle le malade est intimement mêlé : l'interrogatoire, la communication du dossier, la signification, tout ce déploiement de l'appareil judiciaire, la publicité du jugement enfin, ont parfois, les plus fâcheux effets sur l'état du malade, en déterminant un sentiment pénible d'incurabilité, de déchéance, sinon de culpabilité.

On voit que les pouvoirs du tuteur sont vraiment bien larges et que la liberté des malades non interdits est mieux défendue par la loi que celle des malades interdits.

Bien que la sauvegarde de la liberté individuelle soit, en fait, parfaitement établie par la surveillance médicale, administrative et judiciaire, cette puissance du tuteur peut paraître, le cas échéant, plus abusive encore, lorsqu'il est remarqué qu'il est très souvent l'héritier présomptif du malade interné et qu'à ce titre, son intérêt pourrait être de prolonger autant que possible l'internement, sans chercher à hâter la guérison ou la sortie. Dans quelques cas, d'ailleurs, la mauvaise volonté du tuteur a pu réellement retarder la sortie de certains malades améliorés, mais ne pouvant vivre au dehors que grâce à une surveillance et à une sollicitude auxquelles le tuteur estimait ne pas pouvoir se prêter.

La loi spécifie, de plus, que l'interdit qui quitte l'asile ne peut être remis, en aucun cas, qu'à son tuteur (art. 17 de la loi de 1838).

Il ne peut, en principes, être confié directement à un parent, à un ami.

Autres prérogatives du tuteur. — Les pouvoirs du tuteur sur la personne de l'interdit sont plus étendus encore. L'interprétation de la loi lui permet, en effet, d'intervenir dans de nombreuses circonstances accessoires.

Nous citerons l'exemple suivant : le transfert d'un malade dans un autre établissement lui aurait procuré des satisfactions morales certaines. Le tuteur s'y est opposé pour des raisons personnelles. La présence d'un curateur aurait certainement permis de passer

outre. Mais une telle nomination était impossible en raison même de l'interdiction.

Le tuteur peut encore réglementer les visites faites à l'aliéné. Il a été constaté que l'interdiction peut être sollicitée pour des considérations étrangères aux questions d'intérêt. Un parent du malade excédé par les visites ou les interventions malveillantes de parents hostiles ou d'amis trop zélés de l'aliéné, a pu avoir un véritable avantage, en dehors de toute raison pécuniaire, à provoquer l'interdiction de l'interné. Si des artifices de ce genre peuvent se justifier dans quelques cas, la mesure judiciaire obtenue n'en accorde pas moins au tuteur une arme redoutable en lui permettant de faire le vide autour du malade. C'est pourquoi l'interdiction dont la procédure complexe fait reculer bien des familles parfaitement intentionnées, a pu être sollicitée parfois par des parents de moins bonne foi qui connaissaient toutes les finesses de la loi et espéraient en profiter.

Cessation de la protection. — L'interdiction n'est pas une institution souple. C'est pourquoi elle a pu apparaître comme une régression par rapport à la curatelle romaine qui suivait fidèlement les fluctuations de la maladie mentale.

Actuellement les fonctions de l'administrateur provisoire cessent automatiquement lorsque l'aliéné quitte l'asile. Au contraire, l'armature de l'interdiction continue à enserrer l'interdit, même lorsqu'il est guéri et jugé capable d'être rendu à la liberté. La persistance de l'interdiction pendant les intervalles lucides a donné lieu à des critiques médicales dont les plus importantes ont fait l'objet de travaux bien connus de Falret, Doutrebente et Régis.

Lorsque l'interdit redevenu sain d'esprit est sorti de l'asile — le cas n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser — les pouvoirs du tuteur s'exercent sur sa personne et sur ses biens tant que ne sera pas intervenu un jugement de mainlevée précédé des mêmes formalités, de la même procédure compliquée et coûteuse, prescrites pour parvenir à l'interdiction, suivie

de la même publicité (art. 512 du code civil) : « Combien plus pénible, écrivait Renaudin, est l'impression qui résulte de l'interdiction, lorsque le malade revenu à la santé a besoin, pour rentrer dans l'exercice de ses droits, de se soumettre aux formalités d'une sorte de réhabilitation qui lui rappelle les pénibles épreuves qu'il a traversées. C'est alors, surtout, qu'on reconnaît le disparate entre le fait et l'application de la loi, entre la curabilité de l'affection et le stigmate légal que l'interdiction a imprimé au front du malade. »

Article 510 du Code civil. — Il est encore peut-être un point intéressant à signaler, où se manifeste l'anachronisme de la législation actuelle et l'étendue des pouvoirs conférés au tuteur. Il s'agit de l'article 510 du Code civil qui concerne le malade interdit, mais non encore interné. Cet article autorise le tuteur aidé du conseil de famille à décider du placement de l'interdit dans un hospice ou un asile : « *Selon le caractère de sa maladie et l'état de sa fortune, le conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans une maison de santé et même dans un hospice.* »

La loi admet donc que dans la décision du placement entrerait aussi la « considération de la fortune ». Mais on remarquera que le tuteur de l'interdit contrairement au tuteur du mineur, n'est nullement obligé de prendre son protégé à son domicile (1) quels que soient les besoins d'assistance de ce dernier. Ainsi, d'après cet article, le tuteur avec l'assentiment du conseil de famille, pourrait se débarrasser d'un interdit qui l'importune, en le plaçant dans un asile ou dans un hospice. On peut citer l'exemple assez fréquent d'un vieillard paralytique ou dément inoffensif. Le tuteur aussitôt désigné peut se hâter de l'hospitaliser dans un asile de vieillards ou dans un asile d'aliénés, sans s'embarrasser de considérations humanitaires. C'est le droit que lui confère la loi.

Ce qui paraît de même digne de remarque dans cet

(1) COLIN et CAPITAN. — *Loco citato*, tome I, p. 589.

article, toujours en vigueur, c'est qu'il ne parle, en aucune façon d'une justification médicale du placement. A le prendre à la lettre, il semblerait indiquer que l'avis du conseil de famille suffit pour l'admission du malade dans une maison de santé spéciale, le conseil ayant apprécié lui-même « *le caractère de la maladie* ». Dans le cas où il s'agirait d'un établissement régi par la loi de 1838, il est bien évident que les certificats médicaux exigés par elle sont indispensables. Il n'en est pas moins curieux de noter la persistance de cet article 510 dans la législation moderne de l'internement.

En résumé, les rapides considérations qui précèdent inclinent à penser qu'au moment où il s'agira de reviser le régime des aliénés, une refonte de l'Interdiction sera également nécessaire pour que cette institution réponde, en matière de protection de la personne, aux conceptions modernes, dont s'est inspiré le législateur de 1838.

En dehors des desiderata, ailleurs formulés à l'effet d'élargir les droits du Procureur dans la provocation de l'interdiction, de rendre autant que possible la procédure plus souple et mieux adaptée, il est apparu qu'il y aurait intérêt à harmoniser les mesures de protection de la personne qu'il s'agisse d'aliénés interdits ou non interdits.

Un principe semble devoir être retenu : celui de la séparation de la protection des biens et de la protection de la personne par mandats pouvant être confié, si besoin était, à deux personnes différentes.

Les pouvoirs du tuteur — pour la désignation duquel a paru désirable l'intervention du tribunal, qualifié pour s'inspirer, quand il y a lieu, de l'intérêt du malade — pourraient être limités, le cas échéant, par l'institution d'une curatelle semblable à celle établie par la loi du 1838 et qu'il y aurait avantage à étendre.

Au surplus, le régime de sortie des interdits gagnerait à rentrer dans le régime commun.

Paralysie générale juvénile. Hérédité similaire [1]

Par M. Paul SCHIFF

Nous rapportons ce cas de paralysie générale juvénile et héréditaire parce qu'il nous a été possible de recueillir à son sujet des données cliniques et des renseignements anamnestiques assez complets.

Observation : Mlle Marguerite G..., 21 ans, est amenée dans le service de Prophylaxie mentale au mois d'août 1924 pour un état semi-comateux survenu à la suite d'une crise épileptique très violente. Quand elle est sortie de sa stupeur, on se rend compte que la jeune fille présente une faiblesse notable des facultés intellectuelles : la mémoire est défaillante aussi bien pour la fixation que pour l'évocation (2), l'attention est capricieuse, l'orientation mauvaise, le jugement et l'autocritique nuls, le vocabulaire et l'idéation très réduits. La malade est contente de son sort, se désintéresse de son avenir et manifeste souvent une euphorie niaise. Ses idées de satisfaction (vagues projets de mariage, etc...) sont d'ailleurs pauvres et floues, elle n'aboutissent jamais à une fabulation délirante de grandeur ou de richesse. L'affectivité est conservée, plutôt exubérante, mais la malade est grossière dans ses propos, sans pudeur. Elle est très boulimique.

Au point de vue somatique, le sujet présente des deux côtés une vivacité très grande de tous les réflexes, sans Babinski ni clonus, un tremblement accusé de la langue et des paupières, beaucoup plus léger des doigts, un peu d'adiadococinésie à droite, sans autres signes cérébelleux. La parole spontanée est scandée et très fortement dysarthrique ; cette dysarthrie devient aux phrases d'épreuve un bredouillement inintelligible, comme dans une paralysie générale très accusée. Le stock de mots à la disposition de la malade permet d'éliminer une aphasie, comme il n'existe chez elle aucune

(1) Présentation à la Société clinique de médecine mentale du 16 février 1925.

(2) Le contrôle par les tests expérimentaux (Mlle Weinberg) confirme ces appréciations, mais indique, en outre, le fait paradoxal d'une reconnaissance immédiate passable.

apraxie ou agnosie, aucun signe de localisation cérébrale en foyer. A l'examen oculaire (Mme Schiff-Wertheimer), signe d'Argyll-Robertson bilatéral et décoloration des deux papilles. Le front, les dents, la voûte palatine, les tibias n'offrent rien de notable. On constate par contre, un infantilisme corporel très net : l'aspect de la malade est celui d'une enfant de 14 à 15 ans. La petitesse du corps thyroïde à la palpation, un certain degré de microsphygmie, le faible taux du métabolisme basal (26,8), la peau sèche et légèrement ichthyosique, la rareté des poils pubiens et axillaires montrent l'existence d'une hypothyroïdie. La fonction ovarienne est également insuffisante : Marguerite G..., réglée tardivement, a eu à plusieurs reprises un arrêt des règles durant quelques mois.

La malade est vierge (hymen lâche, mais vraisemblablement non défloré ; Dr Piédelièvre).

Examens biologiques : Urobilinurie ; urée du sang = 0,35 p. 1.000. Réactions de Bordet-Wassermann et de floculation positives dans le sang. Liquide céphalo-rachidien : Tension 31 au Claude, 72 lymphocytes à la cellule de Nageotte, albumine 0,56 0/00. Réactions des globulines de Pandy et de Weichbrodt très positives. Réactions de Bordet-Wassermann et de l'élixir parégorique positives, réaction du benjoin 22222 dans la zone paralytique.

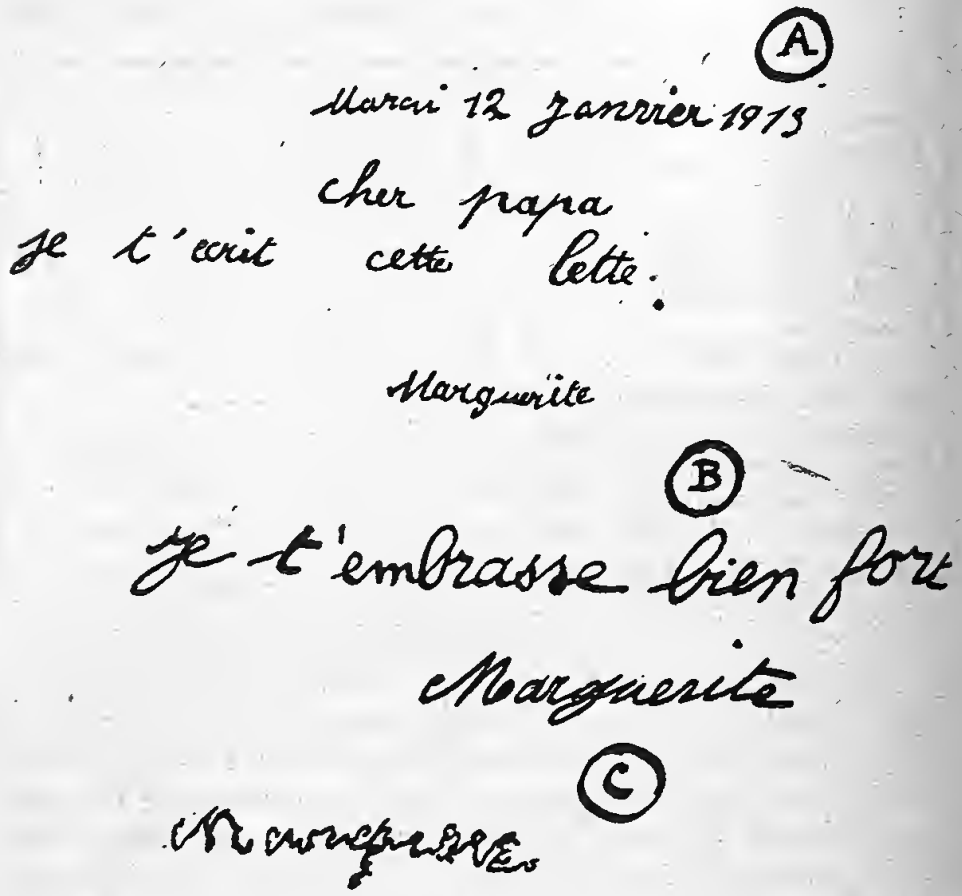
Durant la longue période où la malade a été suivie dans le service de Prophylaxie mentale, elle a présenté à plusieurs reprises des accès épileptiformes répétés, avec mouvements cloniques du membre supérieur droit, sans écume aux lèvres ni chutes, suivis d'une période d'inconscience prolongée pendant plusieurs heures au cours desquels on trouvait transitoirement une hémiparésie droite et un signe de Babinski à droite ; elle a eu plus souvent encore des crises frustes, courtes périodes d'inconscience suivies d'un sommeil assommé. Au point de vue psychique, la malade était habituellement inerte et dans un état d'euphorie légère et tranquille. L'affaiblissement intellectuel est allé en progressant, malgré les traitements intensifs auxquels la malade a été soumise. Elle a reçu, durant 3 mois, en deux séries coupées de dix jours de repos, tous les 2 jours alternativement une injection sous-cutanée de 3 cm³ de Quinby à 26 0/00 de bismuth-métal et une injection sous-cutanée de sulfarsénol à 0,30, soit au total une quarantaine d'injections représentant 5,5 grammes de sulfarsénol et 13 gr. 50 de bismuth-métal. Ce traitement a été remarquablement bien supporté au point

de vue physique ; il n'y a jamais eu d'accidents nitritoïdes, pas d'albuminurie ni de diarrhées, la malade a augmenté de poids, les ictus épileptiformes n'ont pas été plus nombreux pendant le traitement que dans les périodes de repos. Marguerite a reçu ensuite, pendant deux autres mois, un comprimé quotidien de 0,25 de Stovarsol par la bouche, soit 15 grammes en tout. Le tableau suivant qui confronte les résultats de trois ponctions lombaires, l'une avant tout essai de traitement, l'autre après la médication par le bismuth et le sulfarsénol, la troisième après le stovarsol, montre que ce dernier corps, qui n'a pas entravé l'évolution clinique, semble avoir eu un très léger effet sur le syndrome humoral.

	I 23 Août	II 2 Janvier	III 26 Février
Tension	31	27	41
Albumine.....	0,56	0,70	0,40
Globulines Sublimé (Weichbrodt).	+ +	+	+
Globulines Ac. phénique (Pandy)...	+ + +	+ +	+ +
Leucocytes.....	72	40	2
Benjoin colloïdal....	22222 22222 20000	22222 22222 22200	12220 22221 00000
Elixir parégorique (Targowla).....	22-2	2-	12-2
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif
Bordet-Wassermann du sang	positif	—	positif

La marraine et le frère de la malade nous fournissent sur ses *antécédents personnels*, les renseignements suivants : Marguerite G... est née en 1903 à terme. A l'âge de 3 ans 1/2 elle a eu une méningite prolongée et grave. Elle a été retardée dans sa dentition (des précisions n'ont pu être obtenues), a marché tard et parlé très tard. Au point de vue scolaire, elle a toujours été une arriérée, à grand'peine elle put apprendre les règles élémentaires de l'addition et de la multiplication, resta toujours incapable de faire une division. Elle ânonnait certains morceaux de prose appris par cœur mais répondait mal à des interrogatoires élémentaires, son attention était mauvaise, elle s'endormait pendant la classe. Placée dans un couvent durant plusieurs années, elle en fut renvoyée vers l'âge de 13 ans pour son incapacité scolaire

et des habitudes de masturbation parfois publiques. Reprise à l'âge de 13 ans par sa marraine, elle fut mise en apprentissape chez divers commerçants, d'où elle fut renvoyée après de brefs essais. Pourtant on l'utilisait à faire quelques commissions très simples, à surveiller des boutiques momentanément vides à l'heure des repas, et vers la seizième année la marraine la conduisait dans des bals, espérant la marier; son attitude, dans ces bals, n'était « pas trop inintelligente ». A l'âge de 19 ans la jeune fille eut pour la première fois une attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle son état mental empira rapidement : elle devint incapable du moindre travail, fit à plusieurs reprises de l'exhibitionnisme en pleine rue, se montrait tout à fait hébétée, incapable de soins corporels élémentaires. Progressivement elle perd l'usage de l'écriture (voir schéma).



Spécimens d'écriture à différents âges (réduits d'un tiers). A. — 10 ans, écriture spontanée. B. — 14 ans, écriture spontanée. C. — 21 ans, signature sous dictée.

Au point de vue de l'*hérédité* ascendante, nous avons pu savoir que le père de Marguerite était mort à l'hôpital Tenon en 1916, à l'âge de 56 ans, d'une affection pulmonaire. C'était un buveur, modéré d'ailleurs, et qui aurait eu quelques

années plus tôt une attaque de paralysie — nous n'avons malheureusement pas pu connaître le résultat de l'autopsie. La mère a été internée en mars 1911, sur un certificat du Dr Magnan ainsi rédigé : « Est atteinte de paralysie générale, avec idées de satisfaction et de persécution, propos incohérents, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. » Cette paralysie générale fut suivie, comme en témoignent les documents administratifs par les médecins des Asiles de Villejuif d'abord, de Moisselles ensuite et dans ce dernier établissement la malade mourut en octobre 1912 de cachexie paralytique (indication fournie par M. le Dr Naudascher).

La syphilis de la mère était de date ancienne. En effet, les renseignements sur l'hérédité collatérale, fournis par le frère de la malade, nous apprennent que leurs parents ont eu trois enfants : un fils né en 1888, après 2 ans de mariage et qui mourut à l'âge de 4 ans d'une méningite, un second fils Albert G..., né en 1892, enfin Marguerite, née en 1903.

Ce second fils, qui nous fournit tous ces renseignements, a eu lui aussi, une méningite grave à l'âge de 5 ans. Il sait, par les dires d'une parente, que sa mère, tandis qu'elle était enceinte de lui, suivit à l'hôpital St-Louis un traitement de friction et de piqûres. Le médecin avait prescrit un traitement prolongé durant plusieurs années et avait déconseillé une nouvelle grossesse : dans la suite, aucun de ces deux conseils ne fut suivi. Albert G., le frère de notre petite hérédo-syphilitique, est actuellement un homme de bonne apparence, à l'aspect intelligent et qui s'est élevé au-dessus de sa condition, exerce un métier délicat : sertisseur-joailler. C'est néanmoins un « fragile » cérébral et un psychasthénique. Il souffre depuis sa seizième année de céphalées occipitales violentes qui surviennent par crises paroxystiques et durent 4 à 5 jours. Il a fréquemment des vertiges ; il a, quoique sobre, des cauchemars, il est souvent fatigué sans cause. Un syndrome mental fait de tendances obsédantes avec scrupules, doutes, découragement, sentiment de diminution de la mémoire, craintes pour l'avenir, sentiment d'infériorité s'ajoute aux symptômes organiques et aboutit parfois à des phases prolongées de dépression. Au point de vue somatique, front large sans être olympien, tubercule de Carabelli à gauche, écartement des incisives (signe de Gaucher) ; voûte palatine et tibias, rien de spécial. Une ponction lombaire, mal supportée par le malade et qui entraîna une recrudescence de céphalées, fut pratiquée chez lui. Ses résultats furent : Tension 44. Albumine 0,20. Globulines (Weichbrodt et Pandy) = 0 — 2 leucocytes au Nageotte. Benjoin :

00000.02200.00000. Elixir parégorique : 00.0. Bordet-Wassermann : négatif. La réaction de Bordet-Wassermann est également négative dans le sang.

La *paralysie générale* ne paraît pas douteuse chez notre malade. La marche, progressive depuis plusieurs années, de la démence, l'absence de signes d'une détermination cérébrale précise, l'irréductibilité presqu'entière du syndrome humoral et l'inefficacité du traitement permettent de rejeter l'hypothèse d'une méningite scléro-gommeuse localisée.

Il s'agit bien d'une paralysie générale *juvénile :* d'une part la démence a débuté il y a quelques années, avant l'âge de 20 ans par conséquent, d'autre part on a pu constater un processus de destruction psychique et non un simple arrêt de développement. Cette malade a toujours été une arriérée et si la démence a évolué chez elle sur un fond d'arriération mentale, nous sommes néanmoins en mesure d'apporter une preuve objective qu'à un moment donné une déchéance, une involution intellectuelle s'est produite. Le frère de notre malade, en effet, avait conservé un stock de lettres écrites par elle à différentes époques ; la comparaison des graphismes (v. le schéma) montre que Marguerite écrivait gentiment à l'âge de 10 ans, son écriture de 14 ans est stationnaire ou même moins bonne, à 21 ans elle est incapable d'écriture spontanée et sa signature, après dictée, est tremblée jusqu'à être illisible. Ce cas, comme d'autres qui ont été décrits, montre que dans la paralysie générale juvénile l'évolution se fait *en deux temps,* qui correspondent sans doute à des processus physio-pathologiques différents. Notre sujet a d'abord eu, à l'âge de trois ans, une méningite très vraisemblablement syphilitique (ses deux frères aînés eurent également une méningite de la première enfance) et la syphilis congénitale s'est traduite, en outre, à ce premier stade, par une dystrophie endocrinienne, un retard dans le développement corporel et intellectuel du sujet, qui reste longtemps un arriéré d'un type courant. Peu après l'âge de la puberté, le processus syphilitique, longtemps torpide, se développe brusquement en une méningo-encéphalite active : il y a eu

chez Marguerite un développement mental difficile, mais cependant progressif, et une régression secondaire des facultés intellectuelles. Ces deux phases ne sont pas toujours faciles à distinguer. Il est compréhensible que lorsque le contraste entre l'état primitif d'arriération et l'état secondaire de démence est moins net, lorsque des anamnestiques imprécis, l'absence de documents objectifs ne permettent pas de connaître l'état antérieur, lorsque la méningo-encéphalite se développe plus insidieusement, de tels malades soient pris, comme il arrive souvent, pour des idiots ou des imbéciles banaux (Toulouse et Marchand) (1).

Nous retrouvons dans ce cas plusieurs des caractères que Mme Schmidt-Kræpelin (2), dans sa monographie sur la paralysie générale juvénile, a notés comme très fréquents dans cette affection : l'infantilisme thyréoprive et l'arrêt précoce du développement physique et psychique, l'absence d'idées de grandeur, les crises épileptiformes qui sont au premier plan du tableau clinique.

L'*étiologie* de cette paralysie générale juvénile peut être rapportée dans ce cas, avec un maximum de vraisemblance, à la syphilis héréditaire : la jeune fille examinée par un médecin légiste a été trouvée vierge, et d'autre part la syphilis de la mère, antérieurement à la conception, est certaine. Il s'agit d'hérédité similaire, la paralysie générale de la mère est attestée par Magnan et par les médecins qui pendant trois ans ont suivi l'évolution de la maladie. Si la paralysie générale juvénile est peu fréquente, l'hérédité similaire constitue dans cette affection une rareté comme en témoignent les statistiques concordantes, d'Arsimoles et Halberstadt (3) (8 0/0), de Bonneau (4) (6 0/0)

(1) Toulouse et Marchand. — Imbécillité et paralysie générale. *Société Médico-Psychologique* du 24 juin 1901, in *Annales Médico-Psychologiques*, vol. LXVIII, 1910, t. II, p. 303.

(2) Toni Schmidt-Kræpelin. — *Ueber die juvenile Paralyse* (Monographies de Foerster et Wilmanns, n° XX). Springer, édit., Berlin, 1920.

(3) Arsimoles et Halberstadt. — La paralysie générale juvénile. *Annales Médico-Psychologiques*, vol. LXVIII et XIX, 1910.

(4) Bonneau. — L'héridité similaire dans la paralysie générale juvénile (*Thèse de Paris*, 1909).

et de Mme Schmidt-Kræpelin (7,5 0/0) ; encore quelques-unes parmi les observations publiées apportent-elles moins de preuves que de présomptions.

L'âge de l'infection syphilitique chez la mère ne peut être précisé exactement, mais on peut lui fixer, par déduction, une date approximative. Les trois enfants de cette femme ont été frappés, entre trois et cinq ans, d'une méningite qui, chez les deux derniers, guérit spontanément. Si les convulsions sont une affection peu caractéristique chez les nourrissons, des méningites de la première enfance, survenant chez les trois enfants nés d'une mère certainement syphilitique, doivent être considérées comme étant toutes d'origine spécifique, ce qui permet de considérer l'infection maternelle comme antérieure à 1887, antérieure de 16 ans au moins, par conséquent, à la naissance de notre malade Marguerite.

Un dernier point nous paraît digne de remarque. Si l'on accepte l'hypothèse que toute la lignée des G... est syphilitique, on sera tenté d'assigner à la « psychasthénie » du second fils, malgré l'absence de signes humoraux, une origine hérédo-spécifique. Plusieurs auteurs estiment que les états dépressifs constitutionnels, les syndromes obsédants chroniques ont souvent cette origine et c'est une thèse que Leredde en particulier, se basant sur des données statistiques et biologiques, a défendue (1). Pour ce qui concerne notre cas, on peut admettre que, la syphilis maternelle ayant été vigoureusement traitée avant la naissance du second fils, l'imprégnation syphilitique s'est traduite chez celui-ci, d'une façon atténuée, par un syndrome psychasthénique avec céphalées et sans réaction humorale. Abandonnée ensuite à elle-même, cette syphilis maternelle reprit sa virulence et entraîna chez la dernière née, qui a fait l'objet de notre présentation, une paralysie générale juvénile.

(Travail du Service de Prophylaxie mentale. Dr Toulouse.)

(1) Leredde. — *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis*, p. 123 (2e édition, Paris, Maloine, 1921).

LES FORMES FRUSTES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Par M. A. WIZEL

Médecin-chef du Service psychiatrique de l'Hôpital Cyste à Varsovie

Wilmanns (1) termine sa revue sur la schizophrénie par une remarque bien pessimiste. « Malgré les progrès, réalisés au cours des dernières trente années dans le domaine de la schizophrénie, dit-il, nous ne sommes qu'au début d'une ère vraiment scientifique. » Ceci au fond est exact. Si nous passons en revue les nombreux problèmes concernant la schizophrénie, nous voyons qu'aucun de ces problèmes n'a été solutionné d'une façon définitive ; chacun d'eux donne lieu à des controverses et toutes les conceptions émises à leur sujet imposent des réserves plus ou moins grandes. Parmi ces questions, non résolues encore, une des premières places revient, sans le moindre doute, au problème de la schizoïdie. La notion de la schizoïdie, introduite par Kretschmer et Bleuler, a été tout d'abord accueillie avec grand enthousiasme. Cette période a, cependant, été de courte durée. Nous voyons des aliénistes très distingués, comme Bumke et Berze, formuler des réserves très sérieuses.

Bumke (2) estime que Kretschmer a donné une extension trop grande à sa notion de schizoïdie. Selon lui, ni les aristocrates froids de Kretschmer, ni les idéalistes pathétiques, ni les despotes ne méritent le nom de schizoïdes ; ce sont des types normaux. Schizoïdes ne sont pour lui que ceux qui sont en même temps froids et hypersensibles, impulsifs et passifs,

(1) Karl WILMANNS. — Die Schizophrenie. *Zeitschr. für die ges. Neur. und Psych.*, 1922.

(2) O. BUMKE. — Die Auflösung der Dementia præcox. *Klin. Wochenschrift*, 1924, n° 11.

c'est-à-dire, tous ceux dont les réactions affectives sont incalculables et imprévisibles. Mais, dans ces cas, il ne s'agit plus, comme l'affirme Bumke, d'une constitution psychopathique, mais d'un véritable processus morbide, d'un degré très atténué, il est vrai. Il s'agirait là d'une forme fruste de la schizophrénie et la notion de shizoïdie se réduirait ainsi au fond à néant.

Berze partage, en partie, l'avis de Bumke. Il croit également que de nombreux schizoïdes ne sont que des schizophrènes frustes méconnus ou des individus ayant conservé des séquelles de schizophrénie. Il ne croit pas, cependant qu'on puisse interpréter de cette façon tous les cas de schizoïdie. A côté de cas de schizophrénie fruste, il existe des individus dont on ne peut affirmer, dans aucun cas, qu'ils soient atteints d'une maladie mentale, même très atténuée. On ne trouve chez eux qu'une prédisposition à la schizophrénie, sous forme d'une hypersensibilité aperceptive du système psychocérébral. Ce sont donc des psychopathes particuliers qui peuvent devenir, par la suite, de véritables schizophrènes. Eux seuls méritent d'être appelés schizoïdes (1).

L'école de Ste-Anne, à Paris (Claude et ses élèves), a également contribué, par une série de publications, fort intéressantes, à approfondir le problème.

Selon nous, nos connaissances biologiques sont encore insuffisantes pour permettre de résoudre le problème, si la schizoïdie, en tant que type psychopathique bien déterminé, existe, oui ou non, ou s'il s'agit là simplement d'une forme larvée de schizophrénie. Si toutefois il existe des cas où on peut se demander s'il y a lieu de parler de constitution schizoïde ou de schizophrénie, il y en a d'autres où l'existence d'une véritable affection mentale ne saurait être mise en doute, mais où cependant les symptômes sont suffisamment atténués pour qu'on puisse parler de schizophrénie fruste. Ce sont ces cas justement qui nous intéres-

(1) BERZE. — Schizoid, Schizophrcnie, Dementia præcox. *Zeitschr f. die gesamte Neur. und Psychiatrie*, 1925.

sent ici avant tout. Nous en donnerons tout d'abord quelques exemples et essaierons ensuite de retracer un tableau clinique d'ensemble.

Obs. I. — Mlle A. M., âgée alors de vingt-cinq ans, vient me consulter pour la première fois en 1920. Elle me fournit les renseignements suivants : Personne dans sa famille n'aurait présenté de troubles mentaux. Elle était, dès sa plus tendre enfance, tranquille, renfermée, timide, très impressionnable. Elle n'aimait pas prendre part aux jeux d'autres enfants, évitait la société et se réfugiait volontiers dans son monde imaginaire. Elle se passionnait pour les livres de voyages et commence à rêver à un voyage dans un pays lointain et exotique. Elle cherche à développer en elle les aptitudes nécessaires pour un tel voyage, fait de la gymnastique, s'entraîne à faire des sauts, habitue sa vue aux rayons du soleil, jeûne, etc. Ces projets l'occupent pendant plusieurs années. Mais son imagination ne s'en tient pas là. Tout livre, toute pièce de théâtre, devient pour elle le point de départ d'un travail imaginaire ; elle se voit l'héroïne de situations extraordinaires et son imagination se peuple de tableaux fantastiques.

Plus tard, apparaissaient des phénomènes obsédants. Il lui arrive brusquement, sans aucun motif, de s'agenouiller, de jeter un livre, de se mettre à prier. Elle blasphème aussi contre Dieu sans aucune raison plausible. L'obsession du doute s'empare d'elle. En se promenant dans le jardin, elle doute si les fleurs qu'elle voit sont réellement blanches et si sa sœur les voit de la même façon qu'elle. Certaines phobies apparaissent également.

En ce qui concerne le côté sexuel de sa vie, la malade se rappelle que, dans son enfance et au moment de la puberté, il lui arrivait de martyriser des animaux ; elle ressentait alors un plaisir sensuel. Quand on lui faisait du tort, quand on l'humiliait ou même quand elle s'imaginait simplement que quelqu'un agissait brutalement à son égard, elle éprouvait un plaisir analogue. Des traces de ce masochisme persistent jusqu'à présent.

Au moment de la puberté, elle ne ressent consciemment aucun désir d'ordre sexuel ; elle refoule soigneusement toute manifestation érotique. Cette attitude lui est dictée par son éducation ultra-religieuse. Plus tard, des désirs sexuels pénètrent dans sa conscience, mais elle continue à considérer tout plaisir sexuel comme un péché mortel.

La simple image d'un baiser signifie pour elle une déchéance morale. Cependant des idées de cet ordre l'assaillent. A l'âge de vingt-deux ans, elle écrit dans son journal, ce qui suit : « Je dois avoir une nature bizarre, je pense bien souvent à des choses inconvenantes, je crois être sensuelle et pourtant je ne puis aimer aucun homme. Je n'ai jamais éprouvé le désir d'embrasser aucun homme; au contraire, j'ai toujours l'impression qu'un tel baiser me remplirait de dégoût ». C'est ainsi qu'une lutte constante se déroule en elle entre ses désirs sexuels et les percepts moraux qui lui avaient été inculqués.

La malade commence de bonne heure à inscrire ses pensées et ses désirs dans un journal intime. Elle continue ce journal d'une façon régulière, pendant de longues années. Ce journal est un document psychologique du plus grand intérêt. Nous y puiserons largement, pour reproduire l'état d'âme de notre malade.

Dès le début, notre malade signale dans son journal, que son imagination était travaillée depuis longtemps par l'idée d'avoir des enfants extraordinaires. « Je me souviens, écrit-elle, que cette idée d'être la mère de grands hommes était en moi depuis longtemps. Mais ce n'est que le 18 janvier 1917, que cette idée se précisa brusquement et m'éblouit comme un éclair. Je me rappelle encore fort bien que la veille j'avais lu le livre de Schuré « Les Grands Initiés ». Cette lecture produisit sur moi une impression particulière, surtout la phrase suivante : « Marie offrit son fils à Dieu encore avant sa naissance ». L'idée me vint subitement : elle savait comme moi. J'étais très émue. Le matin, au réveil, la pensée surgit comme la foudre. Je me levai en sursaut, une grande clarté se fit en moi, puis ce fut une phrase courte et puissante, tellement puissante, qu'elle me fit mal. Je ne sais plus au juste, si j'ai entendu cette phrase ou si je l'ai vue ; je crois plutôt l'avoir vue, mais pas devant les yeux, mais en moi-même. »

Quelle fut donc cette pensée extraordinaire, qui réveilla notre malade dans cette mémorable journée du 18 janvier 1917. Voici ce qu'elle écrit à ce sujet : « L'idée de mettre au monde un homme qui conduira derrière lui toute l'humanité s'empara de moi. Depuis elle est le sens de ma vie. J'ai lu récemment de livre de Mickiewicz « La Littérature Slave » et je me suis aperçue que je n'étais pas unique de mon genre dans mon peuple. D'autres polonais avaient pressenti l'idée qui m'obsède. J'étais en

communion d'idée avec tout un peuple. Je ne connais dès lors plus de limites. Je ne puis plus me dire avec angoisse: insensée que tu es, arrête-toi tant qu'il est temps. Je vais jusqu'au bout. Je veux donner à l'humanité un Homme-Dieu. Je suis parfaitement lucide et je me rends compte de ce que je dis. Oh, Dieu, je t'en supplierai, je t'implorerai, je lutterai jusqu'au bout, je forgerai des armes de mes larmes, de ma folie. Tu peux me tuer, je me sens même déjà malade, la fièvre me consume. Mais si je meurs maintenant, Tu sais que je continuerai à vivre dans mon peuple sous une autre forme. Mon Moi ne périra pas. Je me sens digne de devenir la mère d'un génie. Je n'ai pas encore conçu son corps, mais je sens déjà en moi son âme. J'ouvre toute grande mon âme pour accueillir l'esprit. »

Depuis, la malade vit dans un rêve ininterrompu, elle attend l'instant sacré où elle mettra au monde un génie, l'Homme-Dieu, le Sauveur de l'humanité.

Quelque temps après le jour de cette grande révélation, elle écrit dans son journal : « Je vis comme dans un état d'extase constante ; surtout le matin au réveil, j'éprouve une si grande jouissance, en pensant au bonheur et à la grandeur qui m'attendent. Je prie alors et prononce presque inconsciemment les paroles suivantes : « Me voici appelée à donner la vie à l'être qui conduira l'humanité vers les cieux. »

La malade commence maintenant à développer ce thème de maternité future. Elle conçoit la grossesse comme le plus grand bonheur possible pour elle : « Je rêve souvent, écrit-elle, à l'époque où je serai enceinte. Toutes les souffrances me paraissent acceptables. Je me sens si heureuse à la pensée que je suis femme et que je serai mère ». Dans ces rêveries, pénètre cependant petit à petit une note discordante, celle de la nécessité de trouver un père pour son futur enfant. « J'ai déjà vingt-deux ans, écrit-elle, et je n'aime aucun homme et je ne suis aimée par aucun d'eux. Je n'ai pas le don de plaire aux hommes. » Mais elle ne perd pas courage. « Je crois malgré tout, continue-t-elle dans son journal, et la foi ne fait-elle pas des miracles. » Elle est de nouveau rassurée. « Mon Dieu, écrit-elle, que je serais heureuse si je pouvais passer les mois de ma grossesse en Terre Sainte. C'est là-bas Jésus, que je vais Te supplier de daigner me regarder et de prendre mon fils sous Ta protection. Oh, Jésus fais que mon fils devienne ton apôtre. »

Ce sentiment de bonheur n'est cependant guère stable en elle. Par instants, elle se sent envahie par le doute. Elle se demande alors si elle est dans le vrai : « Mon Dieu, écrit-elle, ou bien tu m'as choisie réellement, ou alors je suis folle et possédée par le diable. Si c'est ainsi, protège-moi et console-moi. Si telle sera Ta volonté, je comprendrai instantanément, si je dois poursuivre mes idées ou s'il me faut m'arrêter et faire pénitence. Je t'en supplie, mon Dieu, veuille me venir en aide. Je crains de pêcher par excès d'orgueil, mais je crains aussi de renoncer à mes rêves pour que Tu ne dises pas un jour : Je t'ai comblée, mais tu n'as pas su te servir du trésor que je t'ai confié. Mon Dieu, je Te supplie de m'éclairer. Serait-ce la folie qui m'inspirerait des idées pareilles ? » Ces instants de doute sont toutefois de courte durée. Elle continue dans son journal : « Dieu m'a fait femme. Il m'a prédestinée à être mère. Mon corps en témoigne et mon âme qui aspire à la maternité le fait également. Jésus, si notre Père voit que j'ai besoin de me nourrir et de me vêtir, il voit aussi que j'ai besoin de devenir mère. Mon Dieu, je suis comme la terre fertile qui attend le laboureur qui viendra l'ensemencer. »

Cette dernière exclamation est à retenir. Nous voyons percer en elle, en dehors du désir conscient de devenir mère, le besoin inconscient de jouissances d'un autre ordre. Ce besoin devient de plus en plus fort. Quelque temps après, la malade écrit : « Mon Dieu, si Tu l'avais voulu, j'aurais pu rencontrer aujourd'hui même l'homme qui serait devenu sur terre le père de mes enfants, mais je ne Te tente pas. Tout mon être crie en moi : « Plus vite, plus vite ! » Plus caractéristiques encore sont les paroles suivantes : « Je me prosterne devant Toi, Jésus, et je t'adresse une prière ardente. Entends-moi ! Donne-moi un mari, afin qu'il vienne féconder mon sein. Mon Dieu, fais que nous nous rencontrions le plus tôt possible. Jésus, l'esprit de mon fils existe déjà, tandis que mon sein stérile palpite dans l'attente d'enfanter son corps. » Un événement réel vient interrompre à cet endroit la confession, faite jusque-là uniquement de rêverie, concernant la maternité et la mission à remplir. Un flirt avec un jeune homme, ancien professeur de notre malade, se place ici. L'idylle prend fin bientôt, mais elle a permis à notre malade de se rendre compte jusqu'à quel point elle était dominée par ses sens. Toutefois, après la rupture, elle commence à refouler à nouveau ses désirs et se replonge

dans son monde imaginaire. Voici ce qu'elle écrit à ce moment : « Disparaissez, pensées susceptibles de me détourner du droit chemin. Je ferai, je le jure, tous les sacrifices nécessaires pour atteindre mon but. Je m'adresse à vous, Saints protecteurs de la Pologne et apôtres polonais, qui certainement n'avez pas cessé d'aimer notre patrie dans l'au-delà : je vous supplie, intervenez en ma faveur, aidez-moi, demandez à Dieu de me donner des forces et du courage. Ma victoire sera la victoire de toute la Pologne. » Plus tard, elle écrit ce qui suit : « Je veux me marier, je veux avoir des enfants ; la maternité, c'est ma vie, c'est mon travail, c'est mon patriotisme, c'est mon bonheur, c'est moi-même, c'est moi. Rien n'existe en moi en dehors de la maternité ». Ces pensées et ces sentiments tellement puissants et contradictoires, finissent par faire naître en elle la pensée qu'elle devenait folle. Un jour, elle note dans son journal : « J'ai passé une nuit blanche, je crains de devenir folle ».

Le drame dont il est question dure depuis deux ans déjà. Nous sommes maintenant en 1919, année qui, comme le dit la malade elle-même, a été fatale pour elle. Sa foi en sa mission et même sa foi en Dieu sont ébranlées. En plus, elle tombe malade ; elle tousse et a de la fièvre. Affaiblie au point de vue physique, épuisée par la lutte morale, elle n'abandonne cependant pas encore la partie et malgré le sentiment de déception, toujours croissant, sa pensée se dirige encore de temps en temps vers les tableaux tentants et fantastiques de son monde imaginaire. Mais sa maladie la préoccupe de plus en plus. Elle se demande si une mort prématurée ne viendra pas arrêter l'accomplissement de sa mission. De là, d'une part, un sentiment de détresse profonde, et de l'autre, un sentiment de révolte contre Dieu. « Mon Dieu, écrit-elle, tous ces temps-ci, je me sentais tellement éloignée de Toi, que je ne pouvais même pas prier. » Mais ensuite, elle semble de nouveau se réconcilier avec Dieu : « C'est plus fort que moi, mais je dois croire en moi-même. Je sens que j'ai été choisie pour une grande destinée. Quand je m'en rends nettement compte, tout s'apaise en moi et je ne comprend plus comment j'ai pu douter et perdre confiance. Je suis fière aujourd'hui, fière comme doit l'être une femme qui sait qu'elle mettra au monde un homme-esprit. »

En 1920, elle lutte encore, elle ne peut se résoudre à renoncer à son rêve, mais l'idée qu'elle pourrait être atteinte de troubles mentaux, se fait jour de plus en plus.

Elle écrit ce qui suit : « Je tombe dans un précipice. Je ne sais ce que je deviendrai. Je sens qu'un grand changement est survenu en moi au cours des derniers mois. Je doute de moi-même. Je me demande de plus en plus souvent si toute ma vie n'est pas une hideuse et épouvantable comédie, si je ne serais pas atteinte au point de vue mental, si tout ce qui me faisait vivre jusqu'à présent ne serait qu'un mirage de mon imagination malade. Je doute de tout. Mais si ce que je croyais être mon but n'est qu'une risée, je préfère mourir. Ceci au moins est en mon pouvoir. Quant à ce journal, je l'intitulerai : « Les Mémoires d'une Folle » et je l'enverrai à un psychiatre ». C'est sous l'influence de ces idées que la malade alla voir le Dr F., tout d'abord et vint me consulter ensuite.

Au cours du premier examen, la malade se montra déprimée, anxieuse, timide, larmoyante. Elle ne me laissa pas pénétrer dans son monde imaginaire et me dit simplement qu'elle était en prise avec divers doutes d'ordre philosophique. Elle voudrait savoir à tout prix, si Dieu et la vie éternelle existaient oui ou non. Ne pouvant trouver une réponse satisfaisante, elle se sent très malheureuse. Chaque fois que j'essayais de parler d'autre chose, la malade devenait réticente. Elle se comporta ainsi au cours de la première consultation et il en fut de même au cours des consultations suivantes. Elle ne me dit rien non plus de ses mémoires. Ce n'est que quelques mois plus tard qu'elle me les confia.

Depuis ce moment, la malade devint plus confiante. Elle me dit qu'en dehors de problèmes philosophiques, les questions d'ordre sexuel la préoccupaient également beaucoup. Elle éprouvait des désirs sexuels, mais en même temps, elle considérait ces désirs comme immoraux et essayait de les combattre. Elle estimait que les caresses ne servant pas directement à l'enfantement devraient être évitées. De là, un conflit constant dans son âme, conflit d'autant plus aigu, qu'à ce moment, tout en ayant abandonné l'idée qu'elle avait été choisie pour mettre au monde un Homme-Dieu, elle croyait encore que son fils serait un génie. Mais elle ne trouve pas de mari et ceci la fait douter de l'existence de Dieu. Elle se dit : « Si je n'ai pas d'enfant, c'est que Dieu n'existe pas, car si Dieu avait existé, il m'aurait certainement entendue ». Ne pouvant résoudre ce problème, elle entrevoit, comme seule solution possible, le suicide.

Progressivement, sous l'influence d'occupations profes-

sionnelles (la malade était institutrice), de lectures, de cours de psychologie et de philosophie, qu'elle suivait, ainsi que de mes efforts psychothérapiques (je cherchais surtout à détourner son activité de son autisme, à l'orienter vers des buts réels et à établir ainsi, dans la mesure du possible, un contact avec l'ambiance), l'état de la malade s'améliora progressivement. Des rapports intimes avec un de ses collègues contribuèrent également à cette amélioration.

Il s'agit d'une malade qui, dès son enfance, présentait les signes d'une constitution schizoïde. Silencieuse, timide, renfermée, elle s'isolait du monde ambiant et même de sa famille la plus proche et se complaisait dans son monde autistique. L'imagination avait pris la place de la réalité. L'instinct sexuel avait été entièrement refoulé, aussi bien dans l'enfance que, plus tard, quand elle devint jeune fille. Nous savons, cependant, que dans sa jeunesse elle avait manifesté certaines tendances perverses (sadisme et masochisme) sans se rendre compte de la véritable portée de ces manifestations. Plus tard ses désirs devinrent conscients, mais elle les refrénait soigneusement pour des raisons d'ordre moral et religieux.

Ses rêveries furent innocentes et naïves au début, puis elles prirent un caractère de grandeur. Elle se voyait appelée à accomplir une œuvre importante et croyait sentir en elle des forces créatrices qui restaient, cependant, comme entravées. « J'ai l'impression, écrit-elle dans son journal, d'être comme un grand artiste peintre auquel on aurait coupé les deux mains. »

La vie de notre malade est ainsi dominée par les trois facteurs suivants : 1° pensée autistique, 2° tendance aux idées de grandeur, 3° tentative avortée de refouler les désirs sexuels. Ces trois facteurs déterminent le tableau que nous avons retracé. Ne pouvant réaliser dans la vie ni ses désirs érotiques, ni ses idées de grandeur, la malade se réfugie dans son monde imaginaire ; elle se voit mère et cette vision la satisfait entièrement. L'idée de maternité réhabi-

lite devant sa conscience la libido refoulée ; d'autre part, elle lui permet de réaliser ses idées de grandeur, son fils devant être un génie, un homme-dieu, un sauveur de l'humanité. La grandeur de celui-ci rejaillirait sur elle-même. Elle rêve à devenir une seconde Vierge Marie, sans se rendre compte que ces rêveries traduisent chez elle, sous une forme symbolique, des désirs érotiques. Pourtant les passages de son journal intime, cités plus haut, montrent nettement que tout son être est sous l'emprise de tels désirs. « Plus vite, plus vite, s'écrie-t-elle, que l'homme qui doit devenir le père de mon enfant vienne sans tarder. » Puis vient le moment où elle commence à voir clair, où sa libido devient consciente. Cette transformation se produit sous l'influence d'un flirt avec un jeune homme. Elle avoue, dans son journal, que ce flirt lui fut très agréable et que, en dépit des remords, elle n'évitait aucunement les caresses, mais les recherchait au contraire. Ces tendances refoulées deviennent maintenant tout à fait conscientes et elle déclare dans son journal, qu'elle « ne désire que ça ». Cette circonstance ébranle toutes ses idées antérieures, toute sa vie passée. Elle ne sait plus si elle doit voir encore dans la maternité une mission supérieure ou simplement une satisfaction des sens. Mais cette période de doute est très courte. Ayant été obligée de rompre avec le jeune homme en question, elle refoule à nouveau dans l'inconscient ses désirs ; dans le conscient, par contre, nous voyons réapparaître les idées, concernant la venue au monde d'un fils, destiné à sauver l'humanité. Les doutes cependant reviennent et ne font que croître. Elle ne trouve pas de mari ; en même temps elle tombe malade et souffre de la poitrine. Une révolte contre Dieu commence à gronder en elle. Elle blasphème, mais effrayée implore ensuite son pardon. Enfin, de plus en plus déroutée, elle pense au suicide et finit par se demander si elle n'est pas atteinte de troubles mentaux.

Après cette analyse psychologique, il nous reste une question importante à résoudre : à quelle entité

clinique appartient le cas étudié ? Aurions-nous affaire à une simple psychopathe, présentant des signes d'une constitution schizoïde ? Nous ne le croyons pas. Il est hors de doute que la malade possédait de tout temps une constitution schizoïde, elle présente, cependant, maintenant en plus des symptômes qui dépassent les limites de cette constitution telles qu'elles ont été précisées par Kretschmer et Bleuler. C'est que nous nous trouvons, chez notre malade, en présence d'un processus qui évolue progressivement et ceci nous oblige d'admettre chez elle l'existence d'une véritable psychose. Il ne saurait être question dans ce cas que d'une psychose schizophrénique. Mais s'agit-il d'une schizophrénie ordinaire, d'une schizophrénie manifeste ? La malade, malgré son autisme et la tendance croissante à se confiner dans son monde imaginaire, ne perd pas entièrement le contact avec la réalité. Elle sait encore, en partie, s'adapter à la vie. Elle remplit consciencieusement ses devoirs d'institutrice. Personne des siens ne se doute qu'elle est malade. Nous devons ensuite tenir compte de la circonstance que sa rêverie reste toujours rêverie et si, parfois, elle prend les allures d'un véritable délire, ceci ne dure que fort peu, la malade rectifiant chaque fois elle-même les idées délirantes qui semblent vouloir s'installer ainsi.

Nous croyons, après tout ce qui vient d'être dit, que nous avons affaire ici à une schizophrène fruste, devant être rangée entre la schizoïdie, d'une part, et la schizophrénie manifeste, de l'autre. Nous parlerons dans le cas particulier d'une *schizophrénie fruste à forme de rêverie.*

Obs. II. — S. W..., âgé de vingt-sept ans, appartient à une famille pauvre et peu cultivée. Aucun des membres de la famille n'aurait été atteint de troubles mentaux. Dès son enfance, le malade se montrait renfermé, indifférent à l'égard de sa famille, rêveur. Dès son jeune âge, il rêve à une carrière brillante. Aussi, après avoir terminé ses études élémentaires, il entre, contre le gré de ses parents, dans une école commerciale secondaire. La guerre l'oblige

cependant d'interrompre ses études. Il travaille pendant la guerre comme ouvrier dans une usine. Ce travail est trop dur pour lui. Il a des céphalées, se plaint de palpitations et présente des signes de neurasthénie (impuissance). Malgré sa débilité physique, il est reconnu apte et prend part aux combats contre l'armée des Soviets. Ceci ne fait qu'aggraver son épuisement. Après avoir été démobilisé, il devient employé de commerce. Cependant tout effort intellectuel l'épuise, il travaille de plus en plus mal, voit qu'il ne peut continuer ainsi et abandonne sa place. Il décide alors de se soigner. Il consulte un neurologiste et revient ensuite régulièrement le voir. Un jour l'idée lui vient que le meilleur moyen de guérir, ce serait d'épouser la fille de son médecin. A partir de là, il songe constamment à ce mariage. Sans avoir jamais vu la fille du médecin, il commence à lui écrire et à lui faire dans ses lettres des déclarations d'amour. En même temps il demande sa main au médecin, dans de multiples lettres et verbalement. Tous les arguments du médecin restent vains, même celui que sa fille n'a que huit ans. Contre toute évidence, le malade est persuadé que la fille du médecin est en âge de se marier et qu'elle l'aurait épousé certainement, si son père avait voulu y consentir. La réalité, la logique des faits sont inexistants pour lui. Il continue à écrire.

Le malade vit, à partir de ce moment, tout un roman dans son imagination. Il est persuadé que la fillette connaît ses sentiments à son égard, croit qu'elle lui fait des reproches, lui, alors, essaie de se justifier, elle lui répond et tout un dialogue amoureux se déroule ainsi dans son imagination. Ce roman prend cependant fin, il prend fin le jour où le médecin du malade le fait interner dans mon service.

Mais un nouveau roman commence bientôt. Le malade apprend que j'ai une fille également. Il en devient amoureux, sans l'avoir jamais vue, et me supplie de lui accorder sa main. Tout ce qui s'était produit la première fois, se répète de la même façon : il écrit des lettres amoureuses et m'implore tous les jours de donner mon consentement. J'ai beau dire que ma fille est mariée, il ne le croit pas. Après avoir quitté le service, il vient dans mon appartement et laisse chaque fois une lettre, soit pour moi, soit pour ma fille. Ceci dure quelques mois, je ne revois plus ensuite le malade. J'apprends cependant récemment qu'il a abandonné le projet d'épouser ma fille pour un projet similaire. Il demande maintenant la main de la fille de

mon assistant. Cet assitant est un tout jeune homme, il a un fils âgé de deux ans, mais le malade n'en tient aucun compte. Il est persuadé que mon assistant a une grande fille qu'il pourrait épouser et avec la même insistance, il lui adresse demandes verbales et lettres.

Ce cas ressemble au précédent. Ici aussi nous nous trouvons en présence d'un autisme très accusé, d'une tendance marquée de ne tenir aucun compte de la réalité. Le malade vit dans son monde imaginaire et se complaît dans des situations qui sont en contradiction flagrante avec la réalité. Cette rêverie, cependant, ne prend à aucun moment les allures d'un délire et finit, tôt ou tard, à être rectifiée. Dans ce cas également nous avons affaire à une *schizophrénie fruste à forme de rêverie.*

Ce cas présente en plus un assez grand intérêt, en ce qui concerne les origines psychologiques des désirs morbides du malade. Nous lui demandons un jour pourquoi il cherche à épouser la fille d'un médecin, plutôt que la fille d'un avocat, d'un artiste ou d'un écrivain. Il nous répond : « parce que je veux guérir ». Il ne cherche ainsi ni fortune, ni honneurs, il veut uniquement guérir et qui donc pourrait mieux le soigner que son beau-père. Le malade, comme nous le savons, est atteint d'impuissance sexuelle. Il est évident, dans ces conditions, que son beau-père serait le premier intéressé à le voir recouvrer la santé.

Obs. III. — C. N..., âgé de vingt-trois ans, entre dans notre service le 23 décembre 1923 Le père du malade nous fournit les renseignements suivants : un oncle paternel était atteint de troubles mentaux. Le père lui-même est un homme nerveux, irritable, impulsif. Le malade était dès son enfance nerveux, inquiet et anxieux, très tranquille et silencieux. Elève moyen au lycée, il arrive jusqu'en troisième. Mais en troisième il travaille très mal et est obligé de doubler cette classe. Au début de la seconde année, il ne vient pas du tout à l'école, sans excuse valable, et est congédié pour cette raison. A ce moment apparaissent des troubles mentaux. Il ne parle pas du tout ou parle de trop, tient souvent des propos incohérents, rit sans

raison, cherche querelle à tout le monde à la maison. Sur le conseil d'un médecin spécialiste il est placé dans un service spécial. Il le quitte après quelques mois sans aucune amélioration. Il erre dans les rues sans but, s'adresse aux passants, devient violent à l'égard des parents, surtout à l'égard de sa mère. On est obligé de le remettre dans un asile. Ses parents font une nouvelle tentative de le reprendre à la maison. Mais son état ne fait que s'aggraver. Il continue d'errer dans les rues, fait des gestes bizarres aussi bien dehors qu'à la maison, se tortille, se tient de travers. Au conseil de révision, il est reconnu apte pour le service. Il fait son service pendant un an et demi, dont un an dans un régiment d'infanterie ; il est désigné ensuite pour l'école des élèves-officiers. Mais ici il apprend mal, de sorte qu'on le renvoie dans son régiment. Son attitude devient à nouveau franchement morbide et il est réformé, sur avis d'un médecin aliéniste. Ses parents le placent dans mon service.

A l'examen, le malade répond sans réticence, parle de ses déboires, à l'école et dans l'armée, raconte de ses séjours antérieurs à l'asile. Il parle avec volubilité. Il reconnaît qu'il n'est pas tout à fait en bonne santé. Tantôt il est bien, tantôt au contraire il est atteint de la « manie de persécution ». Il croit alors qu'on veut le battre et même le tuer. Ce n'est peut-être qu'une illusion de sa part. Pourtant il avait bien remarqué qu'à la maison on ne le traitait pas de la même façon que les autres membres de la famille. Il n'y a aucun doute, il est persécuté « aussi bien par les hommes que par la manie ». Il croit parfois que les hommes l'ignorent et veulent l'empêcher de profiter des bienfaits de la vie, comme la science ou l'amour. Il a voulu être soldat pour devenir plus normal, pour se « consolider », mais sa manie de persécution ne l'abandonne pas.

Au cours de ce récit, le malade parle de soi tantôt dans la première, tantôt dans la troisième personne. Interrogé à ce sujet, il répond : « Quand j'ai remarqué, qu'on m'ignorait, je me suis dit : il n'y a qu'un « il », ceci pour devenir plus fort et pour me sentir plus d'aplomb. »

Le malade décrit cet état d'âme, d'une façon détaillée et imagée, au cours des examens successifs. Dès son jeune âge, il éprouvait le sentiment d'injustice. Ses parents, surtout sa mère, se montraient méchants à son égard, lui refusaient tout. C'est vers l'âge de dix ans qu'il éprouva pour la première fois la crainte d'être tué. Depuis il est obsédé par la pensée, qu'il n'a pas le droit de profiter des

bienfaits de la vie comme les autres. Il sait que ce n'est pas exact, pourtant cette idée était devenue pour lui une certitude absolue. C'est une énigme pour lui, comment il arrive à se leurrer ainsi lui-même.

Il ressent des désirs érotiques, mais il évite d'avoir des rapports pour rester pur au point de vue moral. A deux reprises, quand il est allé voir une femme, il fut pris de tremblement et croyait qu'on allait le tuer. Il a peur de tout et ne peut même pas manger comme les autres. Il a hâte de fiuir les repas car il craint qu'on ne le tue. Sa psychologie n'est qu'à demi celle des autres, car tout se brise en lui.

Il sent deux individus en lui, l'un est docile, suggestible, faible, l'autre plein d'audace, fort, révolté. Il dit de lui-même « il » et non « je » car il craint que s'il parlait dans la première personne, il serait tué. Il traverse divers états ; il appelle les uns « progrès », les autres « régressions ». Tantôt c'est le progrès qui domine, tantôt c'est la régression. Au moment de la régression, il éprouve une pression extérieure formidable, la respiration s'arrête, les fonctions mentales « perdent leur axe » et son « moi » est obligé de capituler. La « pression » est accompagnée de la maule de persécution. Il se sent faible, le « régulateur interne et la discipline de la consolidation lui font défaut » et ceci l'empêche de se confondre avec l'atmosphère ambiante. Sur l'arène de la vie, il doit céder le pas à tout le monde. Il est faible, les hommes sont forts ; il n'est qu'un jouet entre leurs mains.

Quand il est angoissé, il doit dire « il », car il ne voit pas d'autre issue. L'angoisse lui dit qu'il est un être plus faible et qu'il doit renoncer à son « moi », il déclare alors la faillite de son « moi » et continue l'existence sous un autre nom, tel le commerçant en faillite, qui de peur d'être arrêté par les autorités, emprunte le nom de son voisin et continue ses affaires en sécurité. Ce pasage du « moi » au « il » correspond réellement chez le malade à une transition de la force à la faiblesse. Dans les moments d'angoisse et de grande faiblesse, il provoque en lui-même, pour se fortifier, comme il dit, une « hyperréserve », qui lui permet de se « consolider », d'éviter le cercle vicieux, d'être courageux et énergique, d'établir l'équilibre entre « l'hyperréserve » et l'angoisse, de trouver un « *modus vivendi* ». Il dit que ses angoisses sont effroyables. Il a l'impression alors qu'on pourrait faire de lui ce qu'on voudrait, il voit la mort devant soi, il s'imagine qu'on accomplira un crime

extraordinaire sur sa personne, il essaie de faire appel à « l'hyperréserve », mais celle-ci se montre plus faible que son imagination et il est obligé de capituler. Heureusement, l'angoisse ne dure pas trop longtemps et disparaît d'elle-même.

Le malade traduit encore cette dualité de son psychisme, en disant qu'il existe une « desharmonie idéale » en lui. Nous lui demandons si cette lutte intérieure le fatigue beaucoup et s'il en souffre moralement. Le malade répond : « Je n'en souffre pas du tout, je n'y attache aucune importance, je suis comme un fakir indien qui se torture, mais qui ne ressent aucune douleur. »

Nous complétons cette description que le malade donne de son état, par nos propres observations. Pendant tout son séjour dans le service, c'est-à-dire pendant un an et demi, le malade se comporte d'une façon correcte ; il se montre gentil et affable, aide les infirmières à faire le ménage. Il lit volontiers les journaux et est au courant des événements du jour. Cependant il n'en parle pas spontanément et dans ses conversations avec les médecins, ne s'intéresse qu'à sa propre personne. Son intelligence est entièrement intacte. Il s'alimente et dort bien. C'est uniquement par ses dires que nous connaissons l'existence chez lui d'accès d'anxiété, d'idées de persécution ainsi que de combat intérieur qu'il livre soi-disant constamment à lui-même pour dominer son anxiété, ainsi que le travail de son imagination et son sentiment de faiblesse. Extérieurement ces états d'âme ne se manifestent d'aucune façon. Le malade se comporte comme si rien d'extraordinaire ne se passait en lui.

Nous pouvons maintenant résumer notre observation. Le malade, dès son jeune âge, porte en lui un sentiment d'infériorité et d'insuffisance de son « moi », de là une crainte permanente d'agissements hostiles et de persécutions. Cette crainte, tantôt plus violente, tantôt moins forte, ne le quitte au fond jamais. Par instants, elle détermine, comme il le dit, de véritables accès d'anxiété. Son imagination trace alors devant lui le tableau de persécutions possibles. Ce travail imaginatif ne mène, cependant, jamais à de véritables idées délirantes. Le malade parle lui-même de sa « manie de persécution », déclare qu'il « lui semble » qu'on veut l'assassiner, que son « imagina-

tion lui présente les choses sous un aspect terrifiant », etc.

La dissociation psychique occupe une place importante dans le tableau clinique. Cette dissociation est consciente et le malade la décrit en parlant de l'absence d'un régulateur interne, en disant que « la discipline de la consolidation lui fait défaut », que ses « facultés mentales perdent leur axe », qu'il sent en lui une « desharmonie idéale », qu'il y a deux personnes en lui. On ne saurait, je crois, trouver de meilleure description du sentiment de désagrégation interne. L'un des deux « moi » du malade, c'est ce « moi » faible, timide, maladroit, craintif, persécuté et sans défense, tandis qu'au contraire, l'autre « moi » est fort, concentré, capable de combattre le monde imaginaire et les craintes du premier « moi ». Le malade ressent si nettement cette dualité de sa personne qu'il considère le second « moi » comme une force étrangère et l'appelle « il ». Le « moi » et le « il » se combattent mutuellement.

Le diagnostic ne paraît guère difficile dans ce cas. La désagrégation psychique domine tout le tableau clinique et cette circonstance, à elle seule, permet de parler de schizophrénie. Ceci n'est pas tout cependant. En dehors de la désagrégation, désagrégation allant si loin qu'elle crée une véritable dualité de la personnalité, nous retrouvons chez notre malade encore une manifestation très importante du point de vue clinique ; nous voulons parler de l'autisme. Le malade est, il est vrai, accessible, communique facilement avec l'entourage, parle volontiers de ses états d'âme singuliers, lit les journaux, semble prendre part ainsi aux événements du jour, il est néanmoins très « autiste » et introverti et son contact avec le monde ambiant est très superficiel. Rien ne l'intéresse au fond, en dehors de sa propre personne. Il est entièrement absorbé par son monde intérieur et n'en sort que rarement et avec peine. Ce qui se passe autour de lui l'émeut à peine. Il pense uniquement à ce qui se passe en lui ; c'est le seul sujet de ses conversations. Il en parle indéfini-

ment, s'y complaît et s'y attache d'une façon narcistique, emploie des expressions recherchées et plastiques. Le vocabulaire ordinaire ne lui paraît même pas suffisant et il a recours à de multiples néologismes pour peindre ses états d'âme. Il déclare, en plus, lui-même, qu'il se sent beaucoup mieux à l'asile qu'à la maison. Ceci s'explique aisément. La vie familiale, la vie sociale l'obligeaient à chaque instant d'établir le contact avec la réalité ; à l'asile, au contraire, il peut s'en dispenser entièrement. Ici rien ne l'empêche de s'enfoncer de plus en plus dans son monde autistique et de s'analyser à l'infini.

Les deux symptômes cardinaux dont il vient d'être question mettent hors de doute le diagnostic de schizophrénie. Mais à quelle forme de schizophrénie avons-nous affaire ici ? En examinant de plus près le cas étudié, nous constatons, sans peine, que toutes les manifestations caractéristiques sont, dans ce cas, pour ainsi dire, abortives. Malgré la désagrégation accusée, le malade conserve une parfaite conscience de ce trouble et l'analyse d'une façon très subtile, contrairement à ce que nous voyons dans les cas nets de schizophrénie. L'autisme également ne semble pas être complet ; le malade conserve un certain contact, aussi superficiel soit-il, avec le monde ambiant. Enfin les conceptions délirantes du malade n'ont pas le caractère d'idées délirantes proprement dites ; il s'agit bien davantage de produits de l'imagination, dont le caractère irréel n'échappe point au malade. Il dit lui-même qu'il est atteint de la manie de persécution, ce qu'un malade, présentant de véritables idées délirantes, n'aurait jamais fait. Ces produits de son imagination prennent, il est vrai, parfois une teinte nettement paranoïaque, mais ceci n'est que de très courte durée, après quoi le malade revient à son attitude habituelle.

Après tout ce qui vient d'être dit, nous croyons pouvoir affirmer que dans ce cas, également, nous avons affaire à une variété particulière de schizophrénie fruste.

Obs IV. — G. K..., âgée de trente-sept ans, mariée depuis quatorze ans, mère d'un enfant. La mère de la malade avait présenté plusieurs accès de dépression, un frère avait été atteint d'une psychose de courte durée. La malade elle-même n'aurait jamais présenté antérieurement de troubles mentaux. Il y a trois ans, son mari s'éprit d'une autre femme. La malade devint très jalouse. Elle suspectait son mari d'avoir des rapports intimes avec sa rivale. Elle souffrait beaucoup, mais parvenait à maîtriser sa douleur. Il y a un an cependant, elle commença à présenter des troubles mentaux qui depuis ne firent que s'aggraver. Elle pleurait beaucoup, chantait à mi-voix des mélodies tristes. La nuit ne pouvant dormir, elle se promenait de long en large dans sa chambre, faisant des gestes incompréhensibles. Elle se précipitait parfois sur son mari qui dormait dans la même pièce et essayait de le battre. Elle battait également sa mère, en lui reprochant de l'avoir mise au monde et de l'avoir mariée ensuite, ceci tout en disant qu'elle l'aimait beaucoup.

A l'examen, la malade dit qu'elle a un chaos dans la tête, qu'elle se sent ballotée par des désirs et des pensées contrdictoires. Chaque désir est contrebalancé par un désir opposé, chaque pensée est arrêtée par une pensée contraire. Elle sent en elle une desharmonie psychique complète, elle ne sait plus ce qu'elle veut. Des idées étranges, les unes plus bêtes que les autres, lui viennent à l'esprit. Elle a perdu sa personnalité, elle n'est plus la même ; elle est le jouet de ses désirs et de ses pensées qui changent constamment. Elle a également perdu la notion de sa personnalité physique, elle ne sent plus son corps ; pour avoir à nouveau cette sensation, elle se frappe avec violence.

Seule dans sa chambre, la malade se livre à des actes incohérents : elle fait des grimaces, se tortille devant une glace. Elle marche parfois des heures entières, de long en large, en pleurant et en se lamentant, puis brusquement elle frappe l'armoire et l'embrasse ensuite. Elle embrasse divers objets, comme l'armoire, la chaise, la table, un chiffon sale, sans pouvoir dire pourquoi elle le fait. Elle est entièrement absorbée par son monde intérieur de sorte qu'elle ne s'intéresse à rien de ce qui se passe autour d'elle. Quand on lui raconte quelque chose, elle demande ensuite à son mari ce qu'on lui a dit. De même, quand on la conduisait au cinéma ou au théâtre, elle priait son mari de lui expliquer ce que les scènes vues devaient signifier. Elle n'a plus, au fond, aucun contact avec le monde extérieur.

Cet état dure depuis un an, sans aucune modification notable.

Nous constatons dans ce cas les signes d'un autisme, d'une ambivalence et d'une dépersonnalisation très accusés. Il est à noter, cependant, que la malade se rend parfaitement compte de cet état de dissociation : elle parle elle-même de désharmonie psychique, constate son ambivalence et sa dépersonnalisation. Malgré la longue durée, la maladie ne semble guère progresser : elle reste stationnaire, comme arrêtée dans son évolution.

Avant de retracer un tableau d'ensemble, nous voudrions encore indiquer rapidement une variété de la schizophrénie fruste.

Bien souvent nous trouvons, dans les antécédents personnels des schizophrènes, des manifestations psychasthéniques, comme les obsessions par exemple. De là le problème des rapports possibles entre la psychasthénie et la schizophrénie. Les avis sont partagés à ce sujet. Certains admettent que, dans des cas pareils, la psychasthénie se transforme en schizophrénie. D'autres nient la possibilité d'une telle transformation et admettent l'existence, dès le début, d'une affection schizophrénique, se manifestant, pendant une période plus ou moins longue, sous forme de phénomènes obsédants. D'autres, enfin, ramènent ces cas à une constitution associée, c'est-à-dire à la coexistence chez le même individu d'une constitution psychasthénique et d'une constitution schizophrénique. Nous n'avons pas la prétention de résoudre ici ce problème. Nous voulons simplement rappeler, à cette occasion, que d'après les travaux récents de E. Minkowski, F. Minkowska et R. Targowla, il existe des cas dans lesquels on croit se trouver en présence d'obsessions, mais qui, cependant, en raison de certaines particularités cliniques, peuvent d'emblée être rattachés à la schizophrénie.

Le malade de Minkowski et Targowla (1) parais-

(1) E. Minkowski et R. Targowla. — Contribution à l'étude de l'autisme. *Ann. médico-psych.*, 1923, n° 5.

sait être atteint de doute obsédant et d'obsessions interrogatives. Une analyse plus détaillée montra toutefois que les phénomènes obsédants ne contenaient pas de facteur émotionnel net et que le malade posait des questions, sans qu'on ait pu parler chez lui d'un désir d'apprendre quelque chose, d'avoir une réponse précise aux questions posées. « Ce malade, disent Minkowski et Targowla, s'intéressait, il est vrai, au monde extérieur, mais ne poursuivait au fond aucun but réel... La valeur pragmatique des événements et des choses n'existait pas pour lui. » La pensée du malade ne cherchait en aucune façon à s'adapter aux exigences de la réalité. Il s'agissait d'une forme particulière de la pensée autistique. Cette pensée ne se rapportait pas, il est vrai, au monde imaginaire, comme ceci a lieu d'habitude chez les schizophrènes ; elle était dirigée vers les objets du monde extérieur, mais elle s'en occupait d'une façon profondément morbide, se trouvant à chaque instant, en contradiction flagrante avec les exigences réelles de la vie. Pour ces raisons, Minkowski et Targowla croient pouvoir ramener tout le comportement du malade à une perte de contact avec la réalité, c'est-à-dire au trouble essentiel du processus schizophrénique.

Dans le deuxième cas, décrit par F. Minkowska et E. Minkowski (1), le malade s'intéressait depuis l'âge de treize ans à toutes sortes de constructions. A l'âge de seize ans il commence à se poser la question si les constructions sont solides, si, par exemple, les murs du lycée sont suffisamment droits. Plus tard, il est obsédé par l'idée de symétrie. Il se mettait devant une glace, les pieds joints, et cherchait à donner à son corps une position parfaitement symétrique. Ensuite c'est l'idée du plan qui commence à le dominer ; il lui subordonne toute son activité. Il veut, par exemple, se rendre chez son médecin ; conformément à son besoin de symétrie, il marche au milieu de la rue ; mais sur-

(1) Mme et M. Minkowski. — Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants. *Ann. médico-psych.*, 1942, n° 5.

vient une auto, il est obligé de se réfugier sur le trottoir. Il perd instantanément toute confiance en le traitement qu'il doit entreprendre, ceci parce que le fait de marcher sur le trottoir n'était point prévu dans son plan. L'immobilité universelle devient forcément son idéal, dans ces conditions. « La vie, le mouvement, le temps n'existent pas pour lui. Il n'y a que l'espace, il n'y a que les objets immobiles et inanimés, il n'y a que le plan qui comptent. »

Les auteurs considèrent ce cas également comme appartenant au groupe des schizophrénies. Ils se basent sur les points suivants. L'obsession vraie pénètre comme un corps étranger, comme un parasite dans le psychisme de l'individu ; il y a lutte entre les deux. Rien de pareil dans le cas précité. Au contraire, ici toute la personnalité du malade paraît accepter le phénomène obsédant et se confondre ainsi avec lui. Ensuite le psychasthénique vrai a conscience de son état, souffre et demande qu'on lui vienne en aide. Le malade de F. Minkowska et E. Minkowski ne désire pas du tout se débarrasser de son trouble, il le défend, cherche à démontrer le bien fondé de son attitude morbide et y voit presque une preuve de sa supériorité intellectuelle.

Les cas décrits par E. Minkowski, F. Minkowska, et R. Targowla peuvent être considérés, selon nous, comme des schizophrénies frustes. Il s'agirait là de la *forme pseudo-psychasthénique* de la schizophrénie fruste.

Tableau clinique de la schizophrénie fruste

Le tableau clinique, dans les cas de schizophrénie manifeste, se décompose, d'après la description de Bleuler, en symptômes cardinaux et symptômes secondaires ou accidentels. Parmi les premiers, les plus essentiels sont la perte de contact avec la réalité et la pensée autistique, intimement liée à cette perte de contact ; viennent ensuite la dissociation de la pensée, les troubles affectifs et l'ambivalence. Quantité de symptômes secondaires peuvent se joindre aux symp-

tômes cardinaux que nous venons d'énumérer, tels les hallucinations, les idées délirantes, le syndrome catatonique, divers syndromes aigus, etc.

Comment se présentent ces symptômes dans les cas de schizophrénie fruste ?

Nous commencerons, pour répondre à cette question, par indiquer les symptômes que nous n'y trouvons pas. Les symptômes secondaires font presque entièrement défaut. Les malades n'ont pas d'hallucinations, ne manifestent pas d'idées délirantes, ne présentent pas de syndromes catatoniques, ni de syndromes aigus, comme le syndrome maniaque ou le syndrome confusionnel ; on trouve seulement parfois chez eux le syndrome dépressif.

Si nous passons maintenant aux caractères positifs de la schizophrénie fruste, nous constatons chez ces malades avant tout un contact très émoussé avec l'ambiance ainsi qu'un autisme très accusé. Repliés sur eux-mêmes, ils sont entièrement absorbés par leur monde intérieur. Le monde extérieur ne semble pas exister pour eux ; ils n'en tiennent aucun compte. De là cette tendance démesurée à la rêverie qui ignore entièrement les possibilités réelles. Ces malades rêvent pour rêver. Ils ne peuvent ne pas rêver. L'absence de sens critique va si loin qu'ils sont tout étonnés de ne pas voir leurs désirs fantastiques se transformer en réalités. Ils en rendent responsable le monde ambiant, perdent même la foi en Dieu.

S'ils sont obsédés, les caractères particuliers de ces phénomènes obsédants traduisent également une perte de contact avec la réalité, comme l'ont montré E. Minkowski, F. Minkowska et R. Targowla. Ils ne poursuivent aucun but réel et leur activité n'a plus aucune valeur pragmatique.

En ce qui concerne les autres symptômes cardinaux, les troubles de l'idéation et de la sphère affective et l'ambivalence, nous les trouvons très souvent, mais ils n'atteignent jamais un développement complet et gardent un caractère embryonnaire, si nous osons nous exprimer ainsi.

Nous relevons comme particularité caractéristique des formes frustes de la schizophrénie la circonstance que ces malades ont tous une parfaite conscience de leur état, ce qui probablement est en connexion étroite avec le développement incomplet des symptômes. Les malades parlent eux-mêmes de leur dissociation idéative, décrivent leur ambivalence et les troubles de l'affectivité, ils ont une sensation nette de la désagrégation et de la desharmonie psychiques. Quand le processus est plus accusé, ils ont conscience de la dépersonnalisation et parlent même du dédoublement de leur propre personne. Dans notre première observation, la malade se rendait parfaitement compte de son ambitendance sexuelle. Notre quatrième malade insistait sur son ambivalence intellectuelle et affective et sur la sensation de dépersonnalisation. Le malade de la troisième observation faisait ressortir nettement sa sensation de désagrégation psychique, en disant, que « le régulateur intérieur lui faisait défaut, qu'il n'y avait pas de consolidation en lui, qu'il ressentait une désharmonie idéale ». Le processus schizophrénique avait déterminé chez ce malade, avec le temps, un véritable dédoublement de la personnalité, cette anomalie restait cependant parfaitement consciente.

Les malades réagissent différemment, en présence de cette desharmonie intrapsychique. Le malade dont il vient d'être question l'acceptait sans révolte. Il disait ne pas souffrir de la lutte constante entre les deux « moi » qui étaient en lui et se comparait à ce point de vue aux fakirs indiens, qui s'exposent à des tortures morales, mais ne souffrent point. D'autres malades, par contre, ressentent très douloureusement cette désagrégation intérieure. Ils se plaignent de cette lutte permanente de pensées, de désirs, de tendances ambivalentes et sont, pour cette raison, plus ou moins tristes et déprimés.

Nous ne trouvons pas chez nos malades d'idées délirantes nettes, par contre, ils manifestent une tendance très marquée à la rêverie. Dans le premier de

nos cas, la malade rêvait d'une mission élevée, se voyait destinée à mettre au monde un génie, un Homme-Dieu, un Sauveur de l'humanité. Le deuxième malade vivait, dans son imagination, un roman, en contradiction éclatante avec les circonstances réelles. Dans ces deux cas, cette rêverie remplissait entièrement la vie des malades. Tout en restant rêverie, ce travail imaginaire exerçait une emprise de plus en plus grande sur toute l'activité du sujet. A l'encontre de la logique, à l'encontre de la réalité, ces malades gardent une foi absolue dans la réalisation de leurs rêves et écartent tout argument contraire. Malgré cela, cette rêverie ne se transforme cependant pas en idées délirantes, dans le sens strict du mot, et cette circonstance paraît être caractéristique de la schizophrénie fruste. Le mécanisme Freudien consistant en une réalisation de désirs sous forme d'idées délirantes s'arrête ici à mi-chemin, pour ainsi dire, et ne dépasse pas l'étape de rêverie. La séparation des complexes du psychisme et leur projection restent ainsi incomplètes. Ces malades se contentent de rêverie, comme le font les enfants en jouant.

La rêverie des schizophrènes frustes — et ceci est à retenir — réalise souvent les désirs du malade non pas d'une façon manifeste, mais d'une façon symbolique. Ceci a lieu quand un désir refoulé dans l'inconscient se dissimule sous le masque d'un désir conscient. Celui-là alors subit une transformation symbolique en passant dans la conscience. C'est ainsi que notre première malade manifeste ses tendances érotiques qu'elle ne voulait avouer sous forme du désir de maternité. Nous avons ici au fond les mêmes modifications que subit le contenu latent du rêve.

Ces rêveurs morbides dissimulent parfois entièrement leur vie imaginaire et ne la confient à personne. Telle fut l'attitude de notre première malade. D'autres malades, plus avancés qu'elle, parlent par contre sans résistance de leurs rêves et cherchent de toutes leurs forces à les réaliser, sans tenir compte de la réalité, en s'exposant ainsi sans cesse à des déceptions et à des échecs.

Ce que nous venons de dire des rêves de grandeur concerne également les produits de l'imagination à teinte de persécution. Ici également la transformation des complexes à forte charge affective en idées délirantes, s'arrête, pour ainsi dire, à mi-chemin. Le malade qui parlait d'un dédoublement de sa personnalité, disait aussi qu'il était sujet à des accès de « manie de persécution ». Au cours de ces accès, il a l'impression que les personnes de son entourage lui veulent du mal, qu'elles voudraient le battre, l'empoisonner, le tuer. Le malade a conscience de ces visions imaginaires ; il ne saurait donc être question d'idées délirantes dans le sens strict du mot : ce même malade affirme cependant parfois qu'il est réellement persécuté ; nous voyons ainsi exister chez lui côte à côte des idées de persécution avec conscience de l'état et des idées délirantes vraies où cette conscience disparaît entièrement. Il distinguait fort bien ces deux phénomènes en disant qu'il « avait des accès de manie de persécution et qu'il était réellement persécuté ». J'ajoute d'ailleurs que les idées délirantes de persécution n'étaient chez lui ni très intenses ni constantes et qu'on réussissait facilement à les rectifier. Nous avions observé le même état de choses, quoique d'une façon moins nette, chez notre première malade. Elle aussi dépassait par moments les limites d'une simple rêverie et pénétrait ainsi dans le domaine des idées délirantes vraies, mais ceci ne durait que peu de temps et la malade revenait à son monde imaginaire.

Pour parachever le tableau de la schizophrénie fruste que nous venons de retracer, nous ajouterons encore que ces malades gardent une entière lucidité, qu'ils sont bien orientés et qu'ils ont d'habitude conscience de leur état maladif.

Leur attitude à l'égard de la famille est tantôt indifférente, tantôt hostile. Ils recherchent d'habitude la solitude et évitent tout contact affectif avec l'entourage. Ce sont d'habitude des égoïstes insensibles et froids. Leur affectivité se concentre sur leur propre personne, sur leurs désirs et leur rêverie. Comme l'a

si bien dit Ewald des schizoïdes, ils sont froids à l'extérieur et brûlants à l'intérieur.

Les schizophrènes frustes ont très peu d'activité et restent improductifs. Certains d'entre eux négligent entièrement la vie réelle, ne travaillent point. D'autres, il est vrai, arrivent à gagner leur vie, mais ils travaillent sans entrain comme malgré eux, absorbés qu'ils sont par leurs pensées et leurs fantaisies ; ils font ainsi l'impression de mener une vie double. D'autres enfin encore perdent à tel point tout contact avec la réalité, qu'ils ne peuvent plus vivre que dans un asile. Certains d'ailleurs ont conscience de cette déficience psychique.

Tels sont les caractères principaux de la schizophrénie fruste. Nous avons encore quelques mots à dire sur son évolution. Elle débute d'une façon insidieuse et évolue à tel point lentement qu'on ne saurait parler d'une aggravation progressive. Les malades présentent durant des années le même tableau clinique. L'affection s'est étalée, ne progresse plus ; elle reste stationnaire. Des rémissions peuvent cependant se produire. Tel fut le cas de notre première malade qui après six à sept ans de maladie s'améliora d'une façon très sensible. L'état des autres malades ne s'améliora ni ne s'aggrava pas. Il est difficile de prévoir comment évoluera chez eux la maladie plus tard. Il est possible qu'à un moment donné, une aggravation se produira et que nous aurons alors devant nous le tableau ordinaire d'une schizophrénie manifeste.

Pour terminer, nous voudrions dire que les cas décrits récemment par Claude et ses élèves, cas pour lesquels ils proposent le terme de schizomanie, se laissent fort bien concevoir comme schizophrénies frustes à forme de rêverie, sans qu'il soit nécessaire de modifier les limites de la notion bleulérienne.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 AVRIL 1926

Présidence : M. SOLLIER, Président

Mme Minkowska, MM. Minkowski, Demay, Abély, Beaudouin, Eissen, Collet, Daday, Paul-Boncour, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Bussard, secrétaire, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

une lettre de M. le Dr Carrette qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant.

Une commission est nommée, composée de MM. Sérieux, Colin, Capgras, rapporteur. L'élection aura lieu à la séance de mai.

Présentation d'ouvrage

M. TRÉNEL. — Le Professeur Christiansen a fait hommage à la Société Médico-Psychologique de son livre sur les Tumeurs du Cerveau. On n'en saurait mieux parler que n'a fait le Professeur Marie, dans la préface qu'il lui consacre, ni mieux exprimer la haute valeur de cet ouvrage, que par le jugement qu'il en porte : « C'est là, dit-il, un livre à lire pour s'instruire, un livre à consulter pour se documenter ».

Et, en effet, chacune des leçons qui le composent est un petit chef-d'œuvre de maïeutique. Sous une forme familière, avec une manière pleine de bonhommie, si j'ose dire, — et que le Professeur Christiansen excuse l'expression que comprendront bien tous ceux

qui l'ont entendu au Centenaire Charcot — il conduit le lecteur dans le dédale de la description clinique et de l'interprétation physio-pathologique avec une aisance faisant paraître tout simple, tout facile, et cela avec un naturel qui est en quelque sorte cet art spontané qui est la marque des maîtres.

Le Professeur Christiansen se réclame du parrainage de la méthode clinique française ; cet hommage est pour elle un honneur.

On ne saurait évidemment faire ici une revue des multiples questions que traite le Professeur Christiansen, son ouvrage étant une véritable encyclopédie d'une remarquable richesse de documentation ; il a su à la fois et tirer des descriptions d'ensemble, de véritables synthèses, et mettre en lumière les plus fins détails cliniques. Nous signalerons particulièrement les leçons sur les tumeurs de la région chiasmatique et de l'angle ponto-cérébelleux. Mais ce qu'il faut lire et méditer, c'est une leçon intitulée : *Diagnostic incertain.* C'est en quelque sorte la profession de foi scientifique d'une haute conscience médicale : « Un diagnostic incertain peut, dit-il, être la preuve d'une supériorité clinique et d'une haute culture, et sera toujours moins déshonorant pour son auteur qu'un diagnostic certain dont une opération éventuelle ou l'autopsie aura démontré l'inexactitude ». Et il insiste sur tel fait où une grosse tumeur cérébrale n'avait donné lieu qu'à un minimum de symptômes, en particulier sur l'absence de signes de compression.

Dans tous ses examens, le Professeur Christiansen a l'esprit manifestement tendu vers les problèmes chirurgicaux, dont la solution est si ardue dans la pathologie des tumeurs cérébrales ; et, pour preuve, c'est par une leçon sur ce sujet, que se termine son livre. Interventionniste, il ne cache pas la gravité de ces interventions où Cushing et Martel n'obtiennent de guérison durable que dans 4 à 7 pour cent des cas. Les préceptes de prudence, comme ceux de hardiesse qu'il donne seront un catéchisme et des neurologistes et des chirurgiens.

Nous nous permettrons pour terminer d'exprimer

un regret : il est donné dans cet ouvrage peu de place — insuffisamment de place, — à l'étude des symptômes psychiques des tumeurs cérébrales. Et nous exprimons le vœu que, dans une prochaine édition, nous ayons le plaisir de lire sur ce sujet une leçon où l'intuition clinique du Professeur Christiansen nous donnera, sans nul doute, de nouvelles lumières.

Un autre point : une simple page de bibliographie annexée à chaque leçon, rendrait les plus grands services aux lecteurs, que dis-je, aux élèves, que, par ce livre, chacun devient du Professeur Christiansen.

Constitution syntone suivie pendant plusieurs générations

Par Xavier et Paul Abély

Nous avons eu l'occasion d'observer une maniaque dont le cas serait banal, si nous n'avions pu découvrir les particularités de son hérédité. Grâce à des sources diverses de renseignements, et notamment grâce aux « Mémoires » laissés par ses ancêtres, il nous a été possible de remonter dans la lignée paternelle de cette malade jusqu'à la Révolution. Or, on constate dans cette famille, une remarquable hérédité similaire, une constitution hyperthymique ou syntone, se poursuivant et s'aggravant au cours des générations successives. Ces aïeux ont été mêlés à toutes les luttes politiques, de sorte que leurs mémoires représentent une sorte de chronique familiale de l'histoire moderne de la France.

L'arrière-grand-père de la malade, né en 1780, fit montre d'une activité débordante ; ardent dans ses opinions, idolâtre de Napoléon, très autoritaire, ne supportant pas la contradiction ; il était « sans peur et prêt à tout braver », disent les mémoires de son fils. En 1806, au moment de la quatrième coalition, il abandonne sa femme, ses enfants, ses affaires et s'engage dans un corps de volontaires, où il devient officier. Toujours le premier pour les missions les

plus périlleuses, il accomplit un jour un véritable exploit : Le gros de l'armée française étant encerclé dans une forteresse étrangère, il parvient à traverser les lignes ennemies, à pénétrer dans la place et ayant accompli sa mission auprès du commandant, il retourne à son bataillon par le même chemin. — En 1815, lors de la Restauration, ayant manifesté trop vivement ses opinions antilégitimistes, il fut emprisonné ; ses propriétés furent confisquées, sa maison brûlée. Réduit à la misère, il se remit au travail avec ardeur, et parvint de nouveau à une confortable aisance.

Le grand-père, né en 1810, était une « forte tête ». Lui aussi fut extrêmement actif, entreprenant, autoritaire, passionné pour les luttes politiques. Au moment de la révolution de 1830, pour échapper à la vengeance d'ennemis personnels, il fut obligé de s'enfuir à l'étranger sous un déguisement ecclésiastique. Après des aventures amoureuses, riches en incidents variés, il se lance dans le commerce. Il y fait preuve d'une initiative et d'une hardiesse remarquables. Le premier dans sa région, il institue la vente au crédit ; il fait la représentation exclusive de plusieurs maisons de fabrication ; il utilise, pour étendre son trafic, de nombreux commis-voyageurs. Lui-même voyage hors de France. Son activité est considérable. Il se lève tôt et ne se couche habituellement qu'à deux heures du matin. Il lit beaucoup; il perfectionne son instruction rudimentaire. Il acquiert une grosse fortune. Malheureusement pour lui, éclate la révolution de 1848. Il se jette avec ardeur dans la politique; organise un club, dont il est le président, devient un orateur populaire écouté. Une nuit, il est blessé par des adversaires. Son agitation s'accentue. Ledru-Rollin lui envoie ses félicitations ; François Arago lui fait cadeau de son portrait. Mais l'avènement de Napoléon III lui est fatal. Il proteste violemment contre le coup d'Etat. A la suite d'une bagarre, où il faillit être tué, il est emprisonné et finalement exilé. Sa maison de commerce est vendue et pillée. Sa famille est dans le dénuement le plus complet. Revenu quelques années plus tard, il ne peut que constater sa ruine. Mais il ne se laisse pas abattre. Il devient voyageur d'une grande entreprise. Cette unique représentation ne suffisant pas à son activité, il voyage bientôt pour cinq maisons. A 60 ans, il travaillait encore inlassablement. Il eut, à cet âge, une attaque, reste paralysé et mourut peu d'années après.

Le père de la malade est né en 1837. Dès son jeune âge, il était exagérément batailleur et s'amusait beaucoup plus qu'il n'étudiait. A 16 ans, il quitte ses parents et se place comme commis de magasin, dans une ville voisine ; arrivé

à l'âge d'être soldat, il « se débrouille », dit-il, pour tirer un numéro qui le défavorise. Aussitôt pris, il est volontaire pour l'armée d'Italie. Il se bat à Magenta, à Solférino. Lorsqu'il est libéré, au lieu de revenir dans son pays, il part pour l'Algérie. Il y exerce des métiers divers : chef de travaux, gérant, comptable. Il se marie à Constantine et se crée une petite fortune. Quelques années plus tard, on le retrouve à Marseille, où il dirige une banque de crédit. Puis il s'adonne aux entreprises commerciales et fait de bonnes affaires. En même temps, il complète son instruction assez négligée jusque-là et acquiert seul un fatras de connaissances hétéroclites ; il écrit une sorte de petite encyclopédie de toute sa science, où les recettes utiles voisinent avec des théories métaphysiques. Ses écrits, rédigés dans un style grandiloquent, sont d'une amusante prolixité.

Mais survient alors la guerre de 1870, qui détermine chez lui une violente exaltation. Le voilà passionné de politique. Son caractère habituellement violent et emporté, s'exagère. Il se fait de nombreux ennemis. Il a des démêlés avec sa propriétaire et manque un jour de l'étrangler. Il se compromet dans plusieurs rixes.

En août 1870, ayant manifesté dans la rue en criant : « Vive la République, vive l'Internationale », il est emprisonné.

La proclamation de la République, le 4 septembre, déclanche chez lui un véritable état d'excitation. Le jour même, au milieu du désarroi général, il s'attribue les fonctions de commissaire de police. Il constitue une colonne populaire dont il prend la tête ; il se dirige vers la prison, d'où il libère les prisonniers politiques. Il se rend ensuite à un couvent de moines cloîtrés, les oblige à sortir et à faire le tour de la ville. Le lendemain, il fait placarder, de sa propre autorité, une affiche décrétant la loi martiale. Cependant les autorités municipales se sont ressaisies et le maire doit rassurer la population effrayée des actes de cet énergumène, en proclamant qu'il ne faut pas tenir compte des agissements d'un « fou ». Après cet épisode aigu, le père de notre malade se calme un peu. Il entre dans la garde nationale, et devient capitaine. Mais l'inaction lui pèse. Il se rend à Tours, pour exposer à Gambetta ses idées personnelles, se disant délégué de sa province. A son arrivée à Tours, on le prend pour un individu suspect et on l'emprisonne. Mais on peut établir son identité et Gambetta lui-même le fait relâcher. N'y tenant plus, il donne sa démission de capitaine de la garde nationale et s'engage dans un corps franc. Il se bat enfin, très courageusement d'ailleurs ;

il est cité deux fois à l'ordre du jour ; il enlève un petit poste ; il est nommé lieutenant. La guerre se termine. Mais nous le retrouvons alors dans le mouvement communiste local. A la tête d'une petite troupe, il se rend dans un village voisin, qui a la réputation d'être royaliste. De sa propre initiative, il pénètre chez des particuliers, les arrête, les ligote, les frappe, menace de leur « brûler la cervelle » ou de leur « laver la figure avec du plomb ». Il se précipite sur un le sabre à la main, s'écriant : « Je vais vous faire voir comment on traite un royaliste ». Il veut « pétroler » les maisons. Il y a des coups de feu échangés. Un des témoins raconte qu'il avait l'air d'un « fou furieux ». Il fut traduit devant les tribunaux, à la fin de la commune, et condamné à 10 ans de réclusion. Libéré avant la fin de sa peine, il se lança dans de nombreux procès contre ses ennemis politiques, contre des journaux divers, pour diffamation.

Nos renseignements sur lui s'arrêtent là, mais sont suffisants pour apprécier les réactions pathologiques de cet hypomaniaque.

Nous arrivons ainsi à la malade que nous avons pu observer personnellement dans nos services. Il s'agit ici d'une véritable psychose.

Le cas est d'ailleurs banal. Après plusieurs crises d'hypomanie qui n'avaient pas nécessité l'internement, éclate un accès intense qui rend le placement à l'asile obligatoire. L'accès s'atténue, mais un certain degré d'excitation persiste indéfiniment. La malade, actuellement internée depuis huit ans, tend nettement vers la chronicité. Nous noterons seulement qu'en changeant de sexe, les tendances passionnelles héréditaires ont changé de forme. La passion amoureuse l'emporte sur la passion politique. La malade a poursuivi de ses provocations érotiques des médecins, des professeurs, des magistrats. Elle n'a pas abandonné cependant toute ambition politique : elle a essayé en effet de créer une franc-maçonnerie féminine et semble même avoir fait des adeptes.

Cette observation nous offre un cas remarquable d'hérédité similaire. Les existences des trois premiers ascendants de notre malade sont presque calquées l'une sur l'autre. Elle nous montre au cours de plusieurs générations, le passage graduel d'une constitution spéciale, mais normale jusqu'à des états nettement pathologiques, par l'exagération des tendances hérédi-

taires. De l'homme d'action, de l'individu syntone, on arrive, progressivement, au maniaque.

Ce cas nous paraît bien illustrer les conceptions de Bleuler et de Krestmer. Il existe entre la syntonie, état normal, et la manie, état pathologique, toute une gamme d'états variés et des affinités héréditaires importantes. Le syntone vibre à l'unisson des milieux. Mais lorsque cette résonnance s'exagère, les réactions s'amplifient en nombre et en intensité et l'on arrive peu à peu à la diffusion et à l'exaltation maniaque.

La réalité clinique de cette évolution chez un même sujet, ou au cours des générations successives, est un fait indéniable ; mais représente-t-elle une règle générale ? Personnellement, nous ne le croyons pas. Il serait facile en effet de citer de nombreux cas défavorables à cette thèse : soit des intermittents qui ont donné naissance à des déments précoces ; soit, parmi des frères, l'existence chez l'un d'une psychose périodique, chez l'autre d'une schyzophrénie. Souvent la tare des parents crée un terrain psychopathique non spécialisé qui servira de base à toute maladie mentale.

Mais nous pensons surtout que, si l'on veut apporter quelque précision sur le rôle de l'hérédité dans la psychose intermittente, une division nosologique est nécessaire. Dans un travail fait en 1922 et dans une de nos thèses, nous avons essayé d'aborder ce problème, en nous basant sur de nombreuses observations et en nous inspirant des idées de Magnan, ainsi que des discussions soulevées à propos des conceptions de Kræpelin. Nous étions arrivés à cette conclusion qu'il existe deux formules de psychose intermittente, l'une acquise, l'autre constitutionnelle.

La première correspond à la folie périodique vraie. Elle peut survenir chez des sujets sans hérédité pathologique. Les accès apparaissent brusquement, sans cause appréciable, et finissent de même. Elle relève d'une pertubation organique d'origine très probablement toxique. Il est possible de découvrir quelquefois la toxiinfection primitive dans la vie antérieure du malade. Elle coïncide habituellement avec des troubles précis du système neuro-végétatif.

La deuxième forme au contraire s'installe à la faveur

d'une hérédité chargée. Elle évolue sur un fond permanent de constitution morbide. Les périodes intercalaires sont donc franchement pathologiques. Les accès naissent sous l'influence de causes souvent appréciables, des excitations extérieures le plus souvent. Ces sujets vibrent exagérément au contact de la réalité. Très fréquemment, les parents de ces malades présentaient un état constitutionnel et des réactions mentales analogues. C'est donc dans ce groupe seulement que l'on pourrait admettre l'hérédité spécifique et similaire de la psychose intermittente.

A propos de la délivrance des médicaments hypnotiques

Par le Docteur H. BEAUDOUIN

Sur un banc du parc Monceau, deux nourrices devisent ; témoin muet, une voisine recueille leurs propos: c'est la femme d'un médecin parisien de qui je tiens l'anecdote.

Les propos échangés sont d'ordre professionnel. L'une des nourrices expose à sa compagne ses doléances : l'enfant qui lui est confié crie souvent la nuit et trouble son sommeil. L'autre, tout justement, peut lui conseiller le « bon truc », indiqué à peu près en ces termes : « Moi, je prends chez le pharmacien du (ici le nom d'un médicament spécialisé dont une des formes se présente liquide), j'en colle tous les soirs *n* gouttes au gosse, et depuis ce temps-là, j'ai la paix..... »

⁂

J'avoue mon incompétence à discuter la nocivité possible du procédé. Sans doute admettra-t-on facilement qu'il conviendrait, en pareil cas, de rechercher et de traiter la cause de l'insomnie d'un jeune enfant. Toujours est-il que le fait — qui peut-être n'est pas exceptionnel — mérite de retenir l'attention.

S'il reste possible, en effet, qu'un adulte puisse se

faire délivrer pour lui-même un médicament hypnotique sans formalités, l'usage que j'en ai signalé est autrement discutable.

On peut ne pas s'appesantir sur les tentatives d'empoisonnement relatées par les quotidiens : il fut un temps où l'absorption de fortes doses de véronal était à la mode. Tout récemment, sous le titre « Triste effet d'un nouveau stupéfiant », un journal signalait la tentative d'empoisonnement faite à Toulon par une femme grâce à « un stupéfiant qui n'a pas encore beaucoup fait parler de lui : le chloral hydraté... ». Mais on doit, ce me semble, insister sur l'insuffisance de la réglementation actuelle en matière de délivrance des médicaments de cet ordre.

C'est, on le sait, le décret du 14 septembre 1916, portant règlement d'administration publique (1) qui régit « l'importation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi » des « substances vénéneuses ».

Celles-ci sont divisées en trois tableaux A, B (opium et ses dérivés, cocaïne, haschich) et C.

Des médicaments hypnotiques qui nous intéressent ici, seul le *chloral hydraté* est inscrit au dernier tableau.

Aux termes du décret, en ce qui concerne les substances du tableau C :

« ART. 42. — Les dites substances ne peuvent être délivrées pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire que dans les conditions prescrites aux articles 16 et 17.

Elles ne seront délivrées que dans des récipients portant une étiquette mentionnant le nom et l'adresse du vendeur et indiquant le nom de la substance ou sa composition ; cette dernière indication peut être remplacée par le numéro d'inscription au registre de vente.

ART. 43. — Lorsque les pharmaciens et médecins délivrent, en nature, pour l'usage interne, des substances du tableau C, ils doivent apposer sur chaque enveloppe ou récipient, renfermant les dites substances, une étiquette de couleur verte portant les mots : *à employer avec précaution* »...

(1) Par application de la loi du 12 juillet 1916, modifiant celle du 19 juillet 1845

L'article 16, auquel il est fait allusion (l'art. 17 concernant la médecine vétérinaire), prescrit que ces substances ne peuvent être délivrées « pour l'usage de la médecine humaine, que par les pharmaciens ou par les médecins légalement autorisés à fournir des médicaments à leurs clients... ». Mais la réglementation n'exigé pas même, pour cette délivrance, la « prescription d'un médecin », comme pour les substances du tableau A (art. 19), ou pour celles du tableau B (art. 37, 38, 39).

L'insuffisance de cette réglementation, en ce qui concerne les hypnotiques, apparaît donc évidente. Cette insuffisance d'ailleurs n'a pas passé inaperçue et aurait été naguère signalée et discutée au cours de réunions scientifiques de pharmaciens. Les discussions auraient été rapportées dans une ou plusieurs revues professionnelles. Je n'ai malheureusement pu en retrouver trace.

⁂

Aussi incomplet que soit l'exposé que m'a suggéré le fait initial, je l'ai cru susceptible de retenir l'attention, et, peut-être, de provoquer d'utiles vœux médicaux touchant cette question.

Discussion

M. Sollier. — Je m'associe pleinement aux desiderata de M. Beaudouin concernant une réglementation à introduire pour la délivrance des hypnotiques. Non seulement les malades se procurent à volonté des hypnotiques plus ou moins actifs, mais ils associent ces hypnotiques entre eux. Or, ces associations sont beaucoup plus nocives que l'emploi, même à des doses plus élevées, d'un seul d'entre eux. Lorsque cette association a lieu entre les hypnotiques et les intoxications par la morphine, l'héroïne ou les dérivés de l'opium, ces intoxications deviennent beaucoup plus graves, surtout au point de vue mental. Je l'ai déjà signalé d'ailleurs, j'y insiste aujourd'hui encore, car les morphinomanes, héroïnomanes et opiomanes en général ne se présentent plus jamais à l'état pur comme

autrefois, mais toujours intoxiqués également par des hypnotiques divers. Le résultat est qu'ils présentent maintenant des troubles mentaux, confusionnels surtout, de façon très fréquente alors que c'était l'exception autrefois chez les intoxiqués purs par un seul toxique.

M. Legrain. — Je tiens à rappeler les pratiques déjà anciennes et très connues des nourrices qui recourent aux infusions de pavot pour s'affranchir des insomnies fatigantes de petits enfants. Le pavot s'obtient très facilement non pas chez les pharmaciens mais chez de simples herboristes. Dans nombre de campagnes, l'usage est courant aussi d'ajouter de l'alcool au biberon dans le même but. L'alcool agit ici en qualité de stupéfiant.

M. Revault d'Allonnes. — La vente libre des hypnotiques présente, entre autres inconvénients, celui de favoriser le suicide.

Une jeune infirmière est engagée le 23 courant ; le jour même, elle est trouvée râlante sur son lit. Il s'agissait en réalité d'une profonde narcose avec stertor, myosis, abolition des réflexes palpébraux, cyanose et refroidissement, pouls filiforme, bruits du cœur affaiblis, haleine à odeur empyreumatique. A l'aide de la sonde naso-œsophagienne, j'ai administré, en deux verres d'eau, cinq cuillerées à soupe de Nigérine (noir animal) ; j'ai fait réchauffer la malade avec des bouillottes, pratiqué une injection hypodermique d'huile camphrée. Le soir, l'état étant devenu moins alarmant, transport à l'hôpital Saint-Antoine. La photographie d'un jeune homme et deux cachets pharmaceutiques ont été trouvés sur cette personne. Actuellement, elle dort encore, depuis trois jours. Quand elle sera réveillée, elle dira peut-être de quel hypnotique elle s'est servie. Pour se le procurer, quel qu'il soit, elle n'a pas eu besoin d'ordonnance.

M. R. Dupouy. — Il y aurait également lieu d'attirer l'attention de la Société et des pouvoirs publics compétents sur la facilité de se procurer chez les pharmaciens de la ville de l'élixir parégorique. Plusieurs toxicomanes que j'ai eu l'occasion de traiter, fumeurs d'opium, morphino ou héroïnomanes, dans l'impossibilité de se

procurer de l'opium en nature ou de la morphine, en sont arrivés à prendre de l'élixir parégorique à des doses plutôt considérables ; l'un de nos derniers malades en prenait 300 grammes par jour et n'avait pour cela besoin que de rapporter chaque jour son flacon vide (de 60 grammes) aux pharmaciens chez lesquels il se servait habituellement ; tous acceptaient de le lui remplir sans formuler aucune objection. En faisant la tournée des cinq pharmaciens du quartier, il réunissait ses 300 grammes quotidiens.

M. TRÉNEL. — La malade que j'ai présentée dans une précédente séance prenait approximativement la quantité que signale M. Dupouy. Elle faisait ses provisions dans différentes pharmacies. Le prix d'achat de sa dose quotidienne était supérieur à son salaire.

M. SOLLIER. — Propose qu'un vœu de règlementation pour la délivrance des hypnotiques soit rédigé et mis aux voix à la prochaine séance. Sa proposition est adoptée à l'unanimité.

Démence précoce, schizophrénie, schizoïdie

(*Suite de la discussion*)

Mme F. MINKOWSKA. — *Le facteur héréditaire dans la schizophrénie.* — Au cours de la récente discussion sur « la démence précoce, la schizophrénie et la schizoïdie », il a été question entre autre de l'hérédité similaire, en tant que facteur susceptible de préciser les notions cliniques. C'est sur ce point particulièrement que je voudrais insister aujourd'hui.

La question de l'hérédité et surtout de l'hérédité similaire en psychiatrie a autant d'adversaires que d'adeptes; on l'affirme ou on la nie selon ses expériences dues souvent au hasard ou au manque de renseignements précis. Le meilleur moyen dans ce cas, c'est d'envisager les faits tels qu'ils se présentent dans les arbres généalogiques de familles entières. Je voudrais rappeler à ce sujet les deux familles F. et B. qui ont

fourni déjà le sujet de deux communications faites à la Soc. Méd. Psychologique (1) et qui m'ont donné la possibilité, dans la dernière de ces communications, d'exposer le rôle du facteur héréditaire dans la pathogénie de l'épilepsie et de préciser les traits essentiels de la *constitution épileptoïde.*

Aujourd'hui, je me contenterai d'extraire de ces recherches les faits, se rapportant aux questions cliniques. Je procèderai par comparaison des deux familles, dont l'une (famile B.) représente la descendance d'un épileptique et l'autre celle d'un aliéné, au sujet duquel nous ne possédons pas de renseignements suffisants pour un diagnostic précis.

Dans la famille F. nous avons sur 368 individus (les conjoints exclus), 20 malades. Ces 20 malades se répartissent comme suit :

1) 7 cas de schizophrénie typique ;
2) 4 cas de schizophrénie atypique ;
3) Un groupe de 7 cas dans lesquels le diagnostic n'a pas pu être précisé, en raison d'insuffisance des renseignements;
4) 2 cas de suicide.

Tous les cas de schizophrénie typique appartiennent, en raison de leur symptomatologie et de leur évolution, au groupe de malades qu'on désigne couramment en France du nom de déments précoces. Ils ont débuté, presque tous, de bonne heure et ont été caractérisés tout d'abord par un état d'excitation très aiguë, par l'incohérence et de la dissociation, par des idées délirantes, par des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale.

L'évolution était assez rapide et menait à un état déficitaire incontestable, car ces malades, même s'ils sortaient de l'asile, restaient des diminués et se signalaient par un manque de contact avec l'ambiance, à l'égard de laquelle ils se montraient ou entièrement indifférents ou parfois agressifs.

Les quatre cas de schizophrénies atypiques sont au fond des psychoses associées, déterminées par la

(1) *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1920 et juillet 1923.

coexistence des facteurs schizophrénique et cyclothymique. Ces cas évoluent par accès dont certains se rapprochent davantage de la schizophrénie, tandis que d'autres se présentent comme des accès de dépression ou de manie franches. Ces malades, malgré une durée très longue de l'affection, nécessitant des internements répétés, sont bien moins diminués que les malades du groupe précédent, ils ne deviennent ni entièrement indifférents, ni se montrent agressifs en dehors des accès et sont capables d'une certaine activité sociale.

Ainsi, grâce au facteur cyclothymique qui contrebalance les effets destructifs du processus schizophrénique, ces malades restent préservés de l'autisme outrancier et de la dissociation, ils ne deviennent pas déments pour ainsi dire.

Dans le 3e groupe, nous trouvons une paralysie générale probable, une démence sénile, un psychopathe ayant été condamné quatre fois pour avoir mis le feu volontairement, mais s'étant signalé toujours par un caractère renfermé, morose, sombre et méfiant, enfin quatre cas n'ayant été jamais interné et que, à défaut d'observations cliniques précises, nous nous abstenons de classer. Nous ne pouvons cependant ne pas signaler que chez tous les malades de ce groupe nous retrouvons des traits incontestables de schizoïdie ; ils étaient tous considérés par leur entourage comme des caractères anormaux, se distinguant par une façon d'être ombrageuse et renfermée, par leur agressivité et par leur violence, tout cela signes d'un contact affectif défectueux avec l'ambiance.

Enfin nous avons dans la famille F. deux suicides, déterminés soi-disant par des discordes dans le ménage et par des difficultés d'ordre matériel. Les suicides étaient autrefois excessivement rares à la campagne. Les difficultés invoquées ne semblent pas non plus suffisantes. Aussi, sans mettre une étiquette nosographique précise, nous croyons avoir le droit d'admettre l'existence tout au moins d'un facteur psychopathique d'ordre dépressif.

Passons maintenant à la famille B., comprenant la descendance d'un épileptique. La comparaison de cette

famille avec la famille précédente nous permettra de mettre encore mieux en relief le côté du caractère héréditaire, dans la genèse des troubles mentaux et dans la détermination de leurs caractères particuliers.

Nous avons dans cette famille sur un total de 328 individus (les conjoints exclus) 25 malades. Ceux-ci se répartissent comme suit :

1) 8 cas d'épilepsie, dans toutes ses variétés, allant des formes uniquement convulsives jusqu'aux formes caractérisées par des troubles mentaux.

2) 2 cas d'idiotie, survenus chez un frère et une sœur, dont un compliqué de surdi-mutité congénitale.

3) 5 cas de schizophrénie typique, forme démence précoce, apparaissant surtout là où la famille B. s'allie à des familles dans lesquelles prévaut le caractère schizoïde.

4) 2 cas de schizophrénie associée à la folie maniaque dépressive, qui sont cependant les mêmes dont nous avons déjà parlé dans la famille F., car ces deux familles s'allient, elles aussi, de sorte que les deux malades dont il est question appartiennent à la famille F. par leur père et à la famille B. par leur mère.

5) 4 cas de schizophrénie atypique, que nous considérons comme association des processus schizophrénique et épileptique. Nous trouvons chez eux des syndromes : catatonique, hébéphrénique et paranoïde, cependant le tableau clinique, présenté par ces malades, renferme des éléments non conformes au comportement des schizophrènes ; nous trouvons chez eux, à côté de l'autisme et de la méfiance, une certaine tendance à se rapprocher de l'ambiance, ils conservent quelque chose de naïf, de spontané, de confiant dans leur façon d'être, expriment avec effusion leur reconnaissance au médecin ; leur délire a souvent un caractère onirique, rappelant des états crépusculaires d'origine épileptique, ils ont bien davantage d'hallucinations visuelles et de visions que d'hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale.

6) Enfin 4 cas, où nous nous abstenons d'un diagnostic précis, à défaut de renseignements suffisants. Aucun de ces malades cependant, contrairement au

groupe correspondant dans la famille F., ne présente, d'après l'appréciation de l'entourage, de signes de schizoïdie.

En dehors des psychoses manifestes, nous avons rencontré dans les deux familles quantité de caractères anormaux. Ces individus sont surtout nombreux dans la famille F. Dans certaines branches, ils forment même comme de véritables agglomérations. Nous pouvons diviser les caractères anormaux de la famille F. en deux groupes :

Les uns sont renfermés, agressifs, hostiles, méfiants, bizarres, « plus pour eux-mêmes » (« mehr für sich »), ayant quelque chose de particulier (« eigensinnig »), pour reproduire les expressions employées à la campagne et indiquant on ne peut mieux l'autisme comme trait principal de leur comportement. Les autres s'extériorisent bien davantage et développent parfois une grande activité, mais leur contact avec le monde extérieur reste cependant superficiel; dans leur activité, dans leur façon d'être, ils cherchent avant tout à affirmer leur « moi » ; ils « voient tout en grand » (grossartig) ; ils ne sont guère aimés par les autres. Il existe vraisemblablement une analogie entre ces individus et les cas de psychoses atypiques, observés dans la famille F. et il y aurait lieu de les considérer également comme association de facteurs schizoïdes et syntones ; les caractères anormaux du premier groupe seraient, par contre, des schizoïdes purs.

Dans la famille B., les schizoïdes sont, au contraire, beaucoup plus rares, et même ceux qui s'y trouvent sont plutôt d'une schizoïdie atténuée. Les individus agressifs, hostiles, méfiants ne se retrouvent presque pas parmi eux, aussi peu d'ailleurs que ceux qui voient en grand. Même ceux parmi les B. qui sont d'un caractère renfermé et qui ne sortent que difficilement de leur coquille, ne se détachent pas entièrement de l'ambiance ; ils s'intéressent, d'une façon plus ou moins adéquate, aux questions d'ordre religieux et social.

La grosse majorité des B. n'a cependant rien de

schizoïde dans leur comportement. Ils ont tous une bonne affectivité, qui se distingue pourtant de l'affectivité syntone par son manque de mobilité et de pénétration individuelle ; elle est concentrée, condensée, visqueuse, particularités sur lesquelles j'ai déjà insisté dans ma communication sur la constitution épileptoïde et que je ne mentionne ici qu'en passant.

Pour terminer, je voudrais encore rappeler, dans leurs grandes lignes, les différences d'ordre général existant entre les familles F. et B. Ce qui frappe chez les F., c'est qu'ils se déplacent très facilement (il y a des branches entières qui ont émigré en Amérique), qu'ils rompent facilement les liens familiaux (les cousins germains ne se connaissant pas parfois) ; il existe chez eux une grande diversité de professions (ils sont cultivateurs, commerçants, ouvriers, employés, etc.). Ils s'intéressent peu aux œuvres sociales, ils sont peu accueillants, ils ne se prêtent que difficilement à l'interrogatoire. Les déboires que j'ai eus, au cours de mon enquête, ne se sont produits qu'avec les membres de la famille F. Pour obtenir une réponse, il fallait bien souvent avoir recours à la ruse, à la flatterie, à la diplomatie. Tous ces traits se laissent subordonner à la facilité avec laquelle les F. se *détachent* du milieu ambiant, au manque de contact avec lui. De ce manque de contact découle également leur besoin d'affirmer leur *moi* qui, d'une part, contribue à développer leur énergie et leur initiative, mais qui, de l'autre, renforce leur autisme par lequel ils cherchent à mettre leur *moi* à l'abri des heurts possibles de la vie.

Ce qui caractérise les B., par contre, c'est leur tendance, comme nous avons déjà dit, à *s'attacher* à tout. Ils ont une bonne affectivité, se déplacent peu, et même, quand ils s'en vont dans des pays étrangers, ils tâchent de revenir dans leur village natal ; ils cultivent avec amour la terre (ils sont restés en grande partie des cultivateurs), ils sont très attachés à leur famille (les différences sociales ne les séparent point contrairement aux F.) ; ils s'intéressent à l'enquête et se rendent compte de sa portée sociale. D'autre part, ils sont modestes, ont peu d'initiative, ne progressent pas beaucoup sur l'échelle sociale.

En résumant, nous pouvons dire :

1) Il existe une prédominance nette du facteur schizoïde dans la famille F. et du facteur épileptoïde dans la famille B.

2) Cette différence se réflète dans l'aspect général du type moyen de chaque famille, ainsi que dans le sort et l'histoire de ces deux familles, comparées dans leur ensemble.

3) Nous trouvons également cette différence dans les caractères anormaux. Dans la famille F., ces caractères présentent surtout des particularités qui correspondent à la description de la schizoïdie, donnée par Kretschmer.

4) Parmi les psychoses chez les F. prédominent les schizophrénies, et chez les B. les troubles d'origine épileptique.

5) Dans la famille B., on trouve des cas de psychoses associées (schizophrénie + épilepsie) ; des cas pareils n'existent pas dans la famille F. ; par contre, on trouve ici d'autres psychoses associées (schizophrénie + folie maniaque dépressive).

6) Nous trouvons dans la famille F. diverses formes de schizophrénie et parmi elles des cas très graves qu'on a coutume encore de désigner du nom de démence précoce. Le rôle du facteur héréditaire, pour ces cas également, semble ainsi être démontré ; il est même permis de dire, d'après nos données, que ces cas apparaissent surtout sous l'influence de l'hérédité convergente, c'est-à-dire là où la famille F. s'allie à d'autres familles, où existe également une tare schizophrénique.

7) L'affinité de la constitution schizoïde, telle qu'elle a été précisée par Bleuler et Kretschmer, et de la schizophrénie, dans ses diverses formes, est confirmée par nos recherches ; en prenant ces rapports pour point de départ, nous avons établi une affinité analogue entre les troubles épileptiques et la constitution dite épileptoïde.

M. Guiraud. — Les tableaux présentés sont du plus grand intérêt et ont nécessité de longues et patientes recherches dont il faut remercier Mme Minkowska. Ils

s'étendent sur plus de 150 ans. Pendant cette longue période, les causes exogènes capables de provoquer des troubles nerveux ou mentaux n'ont pu être notées. Combien dans cette longue série de descendants y a-t-il de syphilitiques, d'alcooliques, de tuberculeux ignorés ? Combien de maladies infectieuses de l'enfance ? Il n'est nullement certain que les épileptiques ou les morts en bas âge de la quatrième génération aient acquis leur maladie par hérédité. Pour l'épilepsie, par exemple, on tend de plus en plus à attribuer de l'importance à de minimes infections ou intoxications encéphaliques acquises.

D'autre part, le problème de l'hérédité similaire est encore très obscur en médecine mentale. Comme chacun délimite les maladies suivant sa tendance personnelle, l'hérédité similaire est rare pour ceux qui par esprit analytique décrivent de nombreuses entités cliniques et plus fréquente pour les esprits synthétiques qui n'admettent que deux ou trois maladies mentales. Il est naturel qu'avec la doctrine de Bleuler qui donne une extension énorme à la schizophrénie, l'hérédité similaire s'observe facilement. De plus, on éprouve beaucoup d'hésitation à appliquer aux anomalies psychiques qui seraient le critérium de la schizophrénie, les lois de l'hérédité mendélienne qui ont été établies par des observations sur la couleur des haricots ou des souris. Si les nombreux auteurs qui s'occupent de la schizophrénie arrivaient à trouver des caractéristiques non psychologiques mais biologiques ou neurologiques, le problème serait plus facile.

M. Claude. — Comment Mme Minkowska a-t-elle pu préciser le diagnostic des malades qui figurent dans ses tableaux ?

Mme Minkowska. — Par les observations cliniques qui sont conservées à l'Asile de Burghozli, tous les sujets dont le diagnostic est formulé de façon précise ont été internés. Pour les arbres généalogiques, je me suis adressée aux Mairies. Dans certaines archives, j'ai trouvé des notes de pasteurs qui signalent certains troubles mentaux, l'épilepsie par exemple.

M. ROUBINOVITCH. — Ces diagnostics faits par des pasteurs me paraissent sujets à caution ; de même ceux qui concernent des personnes décédées, il y a plus de cent ans.

M. TRÉNEL. — Je n'élève aucun doute sur les diagnostics de ces tableaux. On affirme bien la réalité de l'épilepsie d'Héraclès et de ses descendants. Beaucoup d'auteurs ont étudié des familles royales pendant toute une série de générations. Les formes hybrides résultant de la combinaison de la schizophrénie avec d'autres affections mentales sont intéressantes. J'estime que l'hérédité de l'épilepsie est combattue à tort. On est allé jusqu'à soutenir que l'on ne devait pas déconseiller le mariage aux épileptiques.

M. COLIN. — Lucrèce donne une description parfaite de l'attaque d'épilepsie. Dans la thèse de Déjerine, nous trouvons des tableaux analogues à ceux présentés par Mme Minkowska.

Mme MINKOWSKA. — Le diagnostic de l'épilepsie chez l'ancêtre B. est basé sur les données recueillies dans les archives se trouvant dans les chancelleries des communes. A cette époque, les registres étaient tenus par les pasteurs qui notaient les faits saillants de la vie de leurs paroissiens. Nous y trouvons le renseignement que l'ancêtre B. était atteint d'épilepsie. Il s'agissait selon toute probabilité d'un cas d'épilepsie convulsive.

En ce qui concerne l'ancêtre F., nous savons de lui par un certificat médical, joint à l'observation de son petit-fils, qu'il était aliéné.

Pour les autres membres de la famille F. et B., nous avons posé le diagnostic précis là seulement où nous avions à notre disposition les observations cliniques. Ces diagnostics ont été confirmés par M. Bleuler.

Quant à l'objection de ne pas avoir tenu suffisamment compte des facteurs exogènes (la syphilis, l'alcoolisme), cette objection ne paraît pas devoir mettre en doute le rôle du facteur constitutionnel dans la pathogénie de l'épilepsie mise en relief par nos recherches.

Les deux familles F. et B. vivant dans les mêmes conditions étaient au fond exposées de la même façon

au danger de la contagion syphilitique. Or, nous ne trouvons pas un seul cas d'épilepsie dans la famille F. malgré que dans cette famille justement existe le seul cas probable de paralysie générale constaté au cours de nos recherches. En plus, nous relevons dans la famille B. une haute mortalité des enfants en bas âge qui n'existe presque pas dans la famille F. Ce fait paraît être également en connexion étroite avec le facteur épileptique existant dans cette famille. Le facteur héréditaire n'épuise pas évidemment la pathogénie de l'épilepsie, il constitue toutefois le terrain qui, activé par divers facteurs, inconnus encore en partie, détermine la forme des troubles. Ainsi s'expliquerait aussi l'action de l'alcoolisme. Nous insistons encore une fois sur le rôle de l'hérédité convergente dans la pathogénie des schizophrénies graves.

M. Minkowski. — Je crois, comme M. Trénel, que les données de ces recherches reposent sur une base solide. J'ajoute que Mme Minkowska s'est servie, pour les diagnostics concernant les malades des générations antérieures, d'observations conservées dans les archives de l'asile de Zurich et d'autres asiles. Ces observations sont suffisamment détaillées pour permettre un diagnostic précis. Enfin, il ne faut pas oublier que quand même on conserverait quelques doutes au sujet des ancêtres des deux familles, les conclusions formulées sont, dans leurs grandes lignes, confirmées par les données, fournies par chaque branche de ces familles, examinée séparément.

M. Guiraud a parlé de prédisposition. Je suis porté, en me basant sur les résultats présentés aujourd'hui à la Société, d'attribuer à cette prédisposition un rôle plus important, dans la pathogénie des psychoses, que ne le fait M. Guiraud. Cette prédisposition, se manifestant par un comportement anormal dans les antécédents personnels du malade, détermine, dans ses grandes lignes, les caractères essentiels de la psychose future. Même dans les psychoses lésionnelles, comme la paralysie générale par exemple, quand elles ont une forme atypique, il semble exister un rapport de similitude entre ces traits atypiques et la constitution psy-

chologique antérieure du sujet. De nombreuses recherches viennent confirmer cette façon de voir.

Je voudrais ajouter, pour clore cette discussion sur la démence précoce, la schizophrénie et la schizoïdie, que j'ai surtout cherché à mettre en relief quelques tendances de la psychiatrie contemporaine. Dans ce but, je me suis toujours efforcé de relever les points communs qui pouvaient exister entre les conceptions de l'école de Zurich et celles de la psychiatrie française moderne. J'ai analysé de ce point de vue, dans l'Evolution psychiatrique, plus particulièrement les folies discordantes de Chaslin et quelques vues d'ensemble de Binet et Simon. J'ai également insisté, à plusieurs reprises, sur l'intérêt que présentaient, de ce point de vue, les recherches de MM. Toulouse et Mignard sur l'auto-conduction. Dès 1904 M. Toulouse, en collaboration avec M. Damaye, insistait sur la nécessité de restreindre l'application de la notion de démence. Ensuite en 1908 et dans toute une série d'articles ultérieurs, il revenait avec M. Mignard et puis avec Juquelier sur le même sujet, en montrant l'usage abusif qu'on faisait du mot démence, en prenant pour un déficit de niveau ce qui au fond n'était qu'un trouble de direction ou de conduction.

Faits exacts pris pour un délire

Par M. Rebierre (de Marseille)

Au cours de l'année 1925 est entré dans notre service un soldat colonial de carrière, âgé de 32 ans, qui était évacué d'une colonie lointaine pour des « troubles mentaux » au sujet desquels on avait porté successivement des diagnostics divers. On avait parlé de déséquilibre mental, d'idées lubriques, de mélancolie aiguë, d'idées de persécution, de psychasthénie et de syphilis, le Wassermann ayant été trouvé positif.....

Le sujet, très agité en arrivant à Marseille, nous fit le récit suivant : « Je suis un malheureux père de famille empoisonné et déshonoré. On croit que ce que

je raconte est faux et que je suis fou ; mais je ne suis pas fou. Un camarade, Z..., qui m'avait suivi aux cabinets, un soir que nous buvions à la cantine, a voulu abuser de moi. Comme je résistais, il a été tellement brutal que, pour arriver à ses fins, il m'a heurté violemment la tête afin de m'étourdir, et j'ai perdu connaissance. Lorsque je me suis réveillé, j'ai bien vu dans quelle attitude et dans quelle tenue il était. Je lui ai demandé ce qu'il venait de me faire et il m'a répondu qu'il m'avait seulement soigné parce que je m'étais évanoui.

« Ce n'est pas sur le moment que je me suis rendu compte de tout cela parce que j'étais obnubilé, c'est seulement plus tard, par la réflexion...

« Lorsque je suis revenu avec Z... à la cantine, j'ai trouvé que mon verre avait une odeur de poudre coloniale (1) et j'en ai jeté le contenu en disant : « qui est-ce qui veut m'empoisonner ici ? » — « Mais tu es fou, ont répondu les camarades ». Les jours suivants, je me suis aperçu que tout le monde me regardait de travers, que l'on parlait de moi ; on disait que j'étais fou et on se taisait lorsque j'approchais. Et moi, je restais à l'écart des autres, j'étais préoccupé, inquiet, j'essayais de me souvenir en détail de ce qui m'était arrivé aux cabinets. Et peu à peu, à force de me creuser la cervelle et de reconstruire ce qui avait dû se passer, j'ai tout retrouvé... »

(Ici devrait se placer un récit que le latin même ne saurait rendre suffisamment *honneste*. Il faut bien cependant dire, pour la compréhension de ce qui précède et de ce qui suit qu'il y aurait eu action rétrograde et aussi *per os*).

« ...Ayant donc retrouvé tous les détails de la scène, je les ai racontés aux camarades et je leur ai dit que j'allais me faire porter malade, afin que le médecin puisse constater ce que m'avait fait Z... « Oui, m'ont-ils répondu, tu ne ferais pas mal d'aller un peu à la visite... » Mais Z..., me prenant à part, m'a dit : « Si tu y vas, je te tue ». Néanmoins, comme il était

(1) Iodoforme.

employé au bureau, j'ai insisté pour qu'il inscrive mon nom sur le cahier de visite. Alors, faisant semblant de répéter mes phrases, pour gagner du temps, il me regardait de travers, il fouillait dans sa poche, comme pour chercher une arme. Blanc de peur, je me suis sauvé à toutes jambes, et je suis allé demander à l'adjudant de mettre Z... en prison pour avoir voulu me tuer. L'adjudant m'a dit que j'étais fou et m'a fait accompagner à la visite. Le médecin était d'ailleurs prévenu car, avant que j'aie eu le temps de lui dire pour quel motif je venais, il m'envoyait à l'hôpital en observation pour troubles mentaux. Et depuis, tout le monde me dit que je suis chaviré (*sic*). Je suis reconnu déséquilibré ; on m'évacue pour cela ; personne ne veut m'écouter ou me laisser porter plainte, et Z... est un criminel qui a empoisonné et qui fera perdre la tête à un pauvre père de famille... »

On voit qu'à son arrivée à Marseille, le sujet se présentait bien encore tel qu'il s'était présenté à la colonie, lorsqu'on avait posé les diagnostics que le récit précédent explique dans une certaine mesure. Le « malade » exprimait toujours ses accusations et ses craintes avec une véhémence, une conviction capables de troubler l'observateur. Il citait de petits faits, de petits gestes, des fragments de phrase dont il paraissait exagérer de façon morbide l'importance et que nous n'avons pas tous relevés dans un récit que nous avons dû écourter.

Il y avait, pour le surplus, au dossier, un manuscrit très long, écrit par l'intéressé à des dates successives avec un luxe de détails moins lubriques, dans l'intention, que consciencieusement notés pour la précision, et qui paraissait avoir pesé d'un grand poids dans l'esprit et les conclusions des médecins auxquels il était destiné et qui l'avaient joint à l'observation.

Le sujet offrait à l'examen un état physique fort médiocre. Il avait, dans ses antécédents, variole, fièvre typhoïde, entérite, bronchites, éthylisme possible et paludisme probable. Il présentait quelques signes de bronchite, était amaigri, anémié. La numération globulaire rouge donnait 2.840.000 et blanche 9.000 ;

albuminurie de 0,74 ; urobiline légèrement augmentée dans l'urine ; pas de Koch dans les crachats ; rien dans les selles ; Wassermann négatif. Tension 13-7,5.

Il existait des préoccupations obsédantes relatives à la santé et nous comprimes qu'elles avaient surtout pour objet la crainte d'avoir été syphilisé par Z.., particulièrement à la bouche.

A certains égards, il eut été possible de penser que notre malade, que nous appellerons X..., était porteur, sinon d'une psychose interprétatrice chronique, du moins d'un de ces états toxi-infectieux, toxiques ou auto-toxiques de fatigue, comme on en a tant observé, pendant la guerre, comme on en observe en tous temps sous les climats tropicaux et qui créent des délires passagers d'allure chronique. Nous avons appelé l'attention sur ces faits en 1916 (1), le Professeur Lépine (2) les a signalés aussi à l'Académie de Médecine.

Mais, dans le cas présent, le trouble pouvait paraître un peu prolongé. Et, de même qu'on ne doit faire un diagnostic de mytho-manie qu'après un examen suffisant, on ne doit pas, non plus, se hâter de conclure à la maladie, en matière d'interprétations morbides apparentes, même rétrospectives, avant de s'être gardé contre les impressions rapides, l'opinion publique, voire la signification d'un Wassermann positif antérieur... Il faut aussi tenir compte du milieu dans lequel se sont passés les faits incriminés.

Nous lûmes donc très attentivement les longs écrits successifs du sujet, dans l'ordre chronologique, et nous fûmes frappé de constater qu'ils s'enrichissaient, dans cet ordre, de souvenirs et de précisions, comme il arrive aux gens qui ont vécu une scène en état de confusion et qui en retrouvent peu à peu des fragments.

Mais alors ces sujets ont retrouvé aussi leur état normal, alors que X... continuait toujours son récit,

(1) P. Rebierre. — Un Centre psychiatrique d'armée. *Arch. de Méd. et de Pharm. mil.*, mars 1916.

(2) J. Lépine. — Formes élémentaires des délires de persécution. *Bull. Acad. Méd.*, 21 novembre 1916.

global dans les mêmes termes, avec la même conviction, et non pas comme un confus qui est guéri et ne croit plus à son délire. S'agissait-il donc d'idées morbides post-oniriques ou bien, en dernière analyse, d'un sujet normal, ayant réellement subi ce qu'il racontait et n'ayant retrouvé tous ses souvenirs qu'après dissipation d'un choc commotionnel reçu au cours de la scène (comme il le racontait) et sur terrain d'ailleurs compliqué d'ivresse ? Et les menaces ultérieures de Z..., devenant très logiques, étaient-elles exactes ?

Lorsque l'observateur pense à l'existence d'un trouble mental chez un individu qui a cependant les apparences de la santé psychique, mais qui lui paraît réticent pour une raison quelconque, il cherche, suivant une expression de M. Marcel Briand, un « filon » à suivre pour atteindre la preuve. C'est une manœuvre analogue qu'il essaye lorsque, se trouvant devant un sujet qui paraît aliéné ou que l'opinion publique juge comme tel, il a personnellement des doutes.

Dans le cas présent, il y avait un point à éclaircir qui allait constituer le filon. Nous avons donc dit à X... : « On ne vous a pas cru ; moi, je crois ce que vous racontez ; je comprends donc que vous ayez eu peur d'avoir été contaminé par Z... ; je sais que vous êtes rassuré à cet égard, votre Wassermann étant maintenant négatif. Mais je ne comprends pas pourquoi vous continuez à raconter qu'on a voulu vous empoisonner, en public, à la cantine, avec de l'iodoforme ? » — « Je le raconte, nous répondit X..., parce que je dis tout ce qui s'est passé, je ne veux rien laisser dans l'ombre ; mais je ne crois pas qu'on ait voulu m'empoisonner, je ne l'ai cru que sur le moment, alors que j'étais obnubilé ; depuis que j'ai retrouvé tous mes souvenirs, je sais d'où venait l'odeur d'iodoforme que j'avais dans la bouche. Je savais ce que Z... soignait avec cette poudre et vous savez bien aussi tout ce qu'il m'a fait..... »

Un interprétant morbide ne revient jamais sur une conviction et ne dit pas d'une partie de son délire : « Je n'y crois plus. »

Ainsi X..., petit débile, fort peu lettré, avait présenté,

du début à la fin, toute son histoire comme il pouvait le faire... Il paraissait abuser de l'interprétation et il n'interprétait pas assez. Il ne savait pas ce qu'il fallait dire ou ne pas dire pour entraîner la conviction de l'entourage. Simple, il voulait avant tout être vrai. Sincère, il pensait que tout le monde le croirait, et comprendrait...

Du jour où il sentit qu'il n'avait plus besoin de plaider sa cause auprès de nous et de répéter ses récits animés et maladroits, il a adopté avec calme nos raisonnements, nos conseils d'oubli, ce que n'aurait évidemment pas fait un délirant. Il a pensé, avec nous, qu'après l'insuccès de ses premières démarches, il était préférable de ne pas exhumer cette affaire lointaine, au sujet de laquelle les preuves manqueraient maintenant. Il a accueilli avec plaisir l'idée d'un changement d'arme. Il était en effet indispensable, pour le repos et l'avenir mental de ce sujet assez fragile, qu'il ne soit pas exposé à retrouver les témoins des faits dont il se plaignait.

Il va sans dire que nous nous sommes assuré que nous n'étions pas en présence d'un déséquilibré mythomane.

Nous espérons donc que le souvenir de l'injure subie ou la rencontre ultérieure de l'insulteur ne viendront pas toucher plus sérieusement l'affectivité du sujet. Mais on peut se demander ce qu'il serait advenu si nous avions partagé la manière de voir de nos collègues de la colonie et c'est pourquoi nous avons relaté ce cas. On sait, en effet, que beaucoup de délires d'interprétation ont eu un point de départ exact et il est permis de penser qu'un nombre assez élevé des prédisposés qui sombrent finalement dans l'interprétation morbide n'y auraient pas abouti si un redressement du dommage subi ou de l'affectivité touchée, avait été entrepris en temps utile.

La séance est levée à 18 h. 30.

Un secrétaire des séances,
Paul GUIRAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 19 Avril 1926

Présidence : M. le Dr Séglas

Hallucinations lilliputiennes exhypnagogiques, par M. Trénel. — Les hallucinations se présentent avec les caractères décrits par Leroy : petits personnages à vêtements bariolés, d'aspect agréable, mouvants. Le fait particulier est qu'elles se produisaient au réveil. On pourrait par opposition avec les hallucinations hypnagogiques désigner ce mode si spécial d'hallucinations par le terme d'*exhypnagogiques* (de ἔξυπνος éveil) ou encore d'*égériques* (de ἔγειρω éveiller).

Une autre particularité est que ces hallucinations avaient un caractère de réminiscence : leurs vêtements uniformément blancs rayés de bleu reproduisant les vêtements et les danses de paysans portugais, pays où la malade avait vécu plusieurs années.

Myoclonies et Poliomyélite chez un hébéphrénique, par MM. P. Guiraud et M. Lelong. — Un jeune homme de 16 ans, normal, change de caractère, devient taciturne, inaffectif, se désintéresse du monde extérieur, s'isole, présente des réactions vives contre sa famille et des idées délirantes, croyant qu'on veut le marier malgré lui. Ces troubles, purement mentaux, évoluent pendant quatre ans. Sans épisode aigu, le malade est atteint de parésie des membres inférieurs avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, d'amyotrophie accentuée et de myoclonies faciales. Les auteurs admettent qu'il s'agit d'une névraxite de nature indéterminée, responsable à la fois des troubles mentaux et physiques. Ils signalent qu'on observe assez souvent des syndromes de *schizomanie* auxquels s'adjoignent après quelques mois ou quelques années des phénomènes catatoniques ou des signes évidents d'atteinte organique du névraxe. Dans ces cas une explication psychogène n'est pas admissible, même pour les troubles mentaux.

Maniérisme catatonique, par MM. GUIRAUD et C. CHANES. — Un D. P. interné depuis 11 ans, présente depuis des années un maniérisme remarquable dans tous les actes de la vie courante. Les auteurs font constater chez lui des mouvements involontaires parasites, rappelant les myoclonies ou la chorée, des répétitions motrices entrant dans le groupe de la palikinésie, des arrêts et des libérations brusques de l'activité motrice à rapprocher de la kinésie paradoxale des parkinsoniens. L'adjonction de ces symptômes moteurs nerveux aux mouvements volontaires donne l'impression de maniérisme. Ce dernier symptôme chez la plupart des catatoniques est d'ordre neurologique et non l'expression de complexes psychiques conscients ou inconscients. Les auteurs signalent que le même aspect maniéré se retrouve chez des encéphalitiques, des athétosiques et les choréiques légers.

Syndrome hébéphréno-catatonique mortel, par MM. GUIRAUD et H. EY. — Un jeune homme de 20 ans présente un syndrome de D. P. catatonique. Après un an, surviennent des troubles trophiques aux mains, du spasme de torsion, des myoclonies, des mouvements stéréotypés et une cachexie nerveuse progressive qui provoque la mort en hypothermie. Les lésions s'étendent à tout le névraxe avec prédominance dans le corps strié. A part un léger épaississement de la pie-mère et une légère prolifération de la paroi vasculaire on ne constate que des lésions neuroépithéliales. La névroglie présente à un degré accentué la dégénérescence mucocytaire de Grynfelt à laquelle s'adjoignent des dépôts policycliques de désintégration dans la substance blanche. Beaucoup de cellules ganglionnaires sont atteintes d'atrophie et de chromophilie rappelant la démence sénile. Dans la corne d'Ammon et l'extrêmité supérieure du locus Niger, on trouve de nombreuses cellules ganglionnaires dont le cytoplasme est complètement désintégré. La dégénérescence névroglique mucocytaire se retrouve dans la substance grise. Le foie n'a pu être examiné. Les lésions rappellent l'E. L. chronique avec cette particularité que la réaction périvasculaire manque et aussi la démence sénile.

VARIÉTÉS

PROPOSITION DE LOI, ayant pour but la création de services départementaux d'hospitalisations libres des psychopathes curables, (Renvoyée à la Commission de l'hygiène, sous réserve de l'avis de la Commission de l'administration générale, départementale et communale) présentée par MM. Fié, Gardiol et Georges Faugère, députés (1).

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESSIEURS,

La protection individuelle et la sécurité sociale contre l'envahissement, la progression et l'action des troubles mentaux sont insuffisamment réalisés par la loi de 1838, qui se borne à assurer l'internement des aliénés confirmés.

Les conditions de la vie économique actuelle et le surmenage intellectuel ont créé une prédisposition favorable à l'éclosion des troubles et les infections microbiennes cérébrales ont développé le domaine de la psychopathie en même temps que les découvertes scientifiques récentes assuraient la guérison de nombre de mentaux prédisposés ou curables.

Si la loi de 1838 autorise, avec discernement, l'internement dans des asiles publics ou privés des mentaux chroniques et même des mentaux aigus et curables, devenus dangereux pour les autres et pour eux-mêmes, que peut faire pour son amélioration ou sa guérison le psychopathe prédisposé et inoffensif ?

Le malade aisé a le loisir de faire appel à la maison de santé privée, à la maison de convalescence et à la clinique pour maladies nerveuses, où il est soigné et cloîtré sans protection au point de vue civil et sans surveillance médicale, administrative et judiciaire suffisantes.

(1) Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 20 avril 1925.

Le malade, de condition modeste ou pauvre, doit se contenter d'un traitement inopérant à domicile ou hélas ! entre, contraint et forcé par l'entourage, à l'asile d'aliénés, en promiscuité avec les chroniques et les gâteux, classé légalement parmi les aliénés, diminué socialement et malheureusement, dans l'état actuel de l'opinion, la famille en reste éclaboussée.

Il y a donc une grave lacune de l'assistance en matière de thérapeutique psychiatrique qu'il y a lieu de combler de façon à faire œuvre de complète récupération et de protection sociales.

Il importe, pour l'avenir économique et pour la sécurité collective, d'installer dans chaque département, à côté ou en dehors des asiles, des pavillons organisés pour recevoir, observer et soigner ces nombreux malades et leur éviter la tare de l'asile.

Dans ces services d'observation, de cure et de triage, le malade doit pouvoir y rentrer sans formalité spéciale. L'objection la plus importante est que le sujet serait livré à l'arbitraire médical, mais la pratique démontrera vite la vanité de cette affirmation.

Les malades protestataires qui apparaîtraient comme incurables seraient rendus aux familles ou placés à l'asile; ceux dont la guérison se ferait attendre, par exemple plus de trois ou six mois, pourraient être signalés aux autorités judiciaires et ainsi tomberaient les complications.

Le problème de l'urgence des services ouverts de psychiatrie n'avait pas échappé à l'éminent professeur Gilbert Ballet et il a été posé dans toute son ampleur au cours d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 26 octobre 1923 par le professeur Claude.

Sur la proposition de M. Frédéric Brunet et sur un rapport de M. Rousselle, le Conseil général de la Seine, grâce à l'esprit d'initiative et d'organisation du docteur Toulouse, conçut l'ouverture d'un service ouvert à l'asile Sainte-Anne de Paris.

Ce service, depuis trois ans, a démontré l'utilité sociale et la valeur économique d'un procédé d'assistance qui, permettant le traitement précoce, voire préventif des troubles mentaux, les empêche de s'invétérer et de s'aggraver, partant de peser plus longtemps et plus lourdement par la suite sur le budget d'assistance.

De juin 1922 à décembre 1923, le service libre d'hospitalisations de Sainte-Anne a reçu 1.019 malades.

Du 1er janvier au 31 mai 1923, il est entré dans le service libre 236 malades dont 93 hommes et 143 femmes ; 19 sont sortis guéris, 102 améliorés et les autres ont quitté le service sans résultat notable, ou en cours de traitement.

Le pourcentage des améliorations et des guérisons dépasse 50 0/0. Depuis le début, 850 consultations mensuelles sont données, dont moitié pour les enfants, et les soins reçus sont appréciés puisque beaucoup d'anciens consultants se représentent.

Cet organisme d'assistance, jusqu'alors inconnu, acquiert à Saint-Anne une extension considérable, s'adresse spécialement aux petits psychopathes. qui souffrent de leur état et voient leur rendement amoindri. La valeur prophylactique d'un service ouvert pour le traitement de ces affections est indéniable et tous les malades qui ne font point de réaction dangereuse doivent y trouver place, selon l'expression du professeur Gilbert Ballet.

L'exemple du Conseil général de la Seine doit être suivi et se généraliser à toute la France. Ces services, placés sous la surveillance de l'autorité publique, seront facilement contrôlés et les abus et négligences d'autant moins à redouter.

La protection des biens peut être assurée par les dispositions générales du Code civil, à l'hôpital comme dans la famille.

Il s'agit de rééduquer à l'activité des milliers de cerveaux qui ont un rôle à jouer dans l'organisme social, puisque leur insuffisance retentit sur toutes les énergies dont ils sont solidaires.

La psychopathie, même à son plus faible degré, est une cause de moindre rendement, et ce qui est gaspillé, c'est la manifestation la plus noble, la plus élevée en dignité de l'énergie humaine : c'est la force intellectuelle.

Personne n'a jamais contesté la valeur de cette force morale dans les destinées d'un peuple. La prophylaxie mentale ne peut donc pas être négligée par la médecine sociale, car elle veille à la conservation de l'élément qui prédispose au progrès même de la civilisation.

A l'heure où la saignée humaine de la guerre a accru le déficit économique, où notre natalité décroît, nous avons besoin de récupérer toutes les forces de l'activité humaine, et plus que jamais la nécessité se fait sentir de donner suite au projet de loi présenté par la Ligue d'hygiène mentale en 1923 et que nous faisons nôtre. Nous soumettons

donc, Messieurs, à vos délibérations, la proposition de loi suivante:

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE PREMIER. — Les départements, dans le délai de cinq ans à partir de la promulgation de la présente loi, devront créer ou assurer, de concert avec des départements limitrophes, des services ouverts pour le traitement des malades atteints de troubles psychopathiques ne rendant pas obligatoire, par leur caractère, l'internement dans les conditions prévues par les articles 18 et 19 de la loi de 1838 sur le régime des aliénés ou pour la mise en observation des malades présentant des troubles mentaux pouvant nécessiter le placement dans un asile d'aliénés.

ART. 2. — Ces services pourront constituer des établissements hospitaliers indépendants ou être annexés à des asiles d'aliénés ou à des hôpiaux. Dans tous les cas, ces services seront spécialisés. Les locaux devront être séparés des services d'aliénés et aménagés en vue de leur affectation.

Les médecins-chefs de service seront choisis par concours sur titres parmi les médecins du cadre des asiles publics d'aliénés, ou des médecins des hôpitaux spécialisés en psychiatrie.

ART. 3. — Les malades seront admis dans ces services ouverts et en sortiront librement comme dans les services de médecine générale des hôpitaux.

ART. 4. — Toutefois, si un malade présente, au moment de son admission ou après son admission, des troubles mentaux à caractère dangereux pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, le médecin établira un certificat indiquant les particularités de la maladie et la nécessité de placer d'office le malade dans un asile d'aliénés. Ce certificat sera transmis au préfet et aux autorités désignées par la loi sur le régime des aliénés pour provoquer l'internement d'office du malade qui sera maintenu provisoirement dans le service ouvert jusqu'à ce qu'il soit statué sur son cas.

ART. 5. — Si, au cours du traitement d'un malade présentant des troubles mentaux susceptibles de provoquer des réactions nuisibles à autrui ou le rendant incapable de pourvoir à sa propre sécurité, la sortie est formellement demandée, soit par le malade, soit par son tuteur, s'il est

mineur ou interdit, son curateur, son parent ou un ami, et que le médecin estime qu'il y a nécessité de maintenir le malade en observation — pendant une durée qui ne pourra excéder quinze jours — le médecin établit un certificat justifiant cette demande. Le certificat est transmis au préfet.

Au cours de la période d'observation, le médecin peut toujours faire sortir le malade ou délivrer un certificat à l'appui d'une demande de placement volontaire en application de l'article 8 de la loi de 1838 ou encore provoquer le placement d'office dans les conditions prévues par l'article 4 de la présente loi.

Dans tous les cas, le préfet sera avisé directement de ces changements dans la situation du malade.

Le préfet pourra toujours ordonner la sortie d'un malade placé en observation en vertu de cet article.

A l'expiration du délai, si, le malade étant toujours en observation, la sortie est toujours demandée et que le médecin estime qu'il y a nécessité d'un traitement plus prolongé, le médecin établit un certificat aux fins de placement dans un asile d'aliénés. Le certificat est transmis au préfet pour décision à prendre.

ART. 6. — Si la réclamation concerne un malade atteint de toxicomanie par les stupéfiants visés par la loi du 12 juillet 1916 et que le médecin estime qu'un séjour plus prolongé, d'une durée qui ne pourra dépasser deux mois, est nécessaire pour la cure, il établira un certificat indiquant la nécessité du maintien dans les conditions précitées.

Ce certificat sera transmis au préfet et au tribunal civil, lequel statuera, après avoir, s'il le juge utile, fait examiner le malade par un médecin expert nommé à cet effet. A tout moment, le malade pourra être mis en liberté sur un simple certificat du médecin.

ART. 7. — Dans tous les cas où le médecin établit un certificat en vue d'un placement d'office ou d'une mise en observation, le préfet peut, avant de statuer, faire visiter le malade par un médecin.

ART. 8. — Les conditions d'admission et les frais de traitement seront réglés conformément à la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

ART. 9. — Dans le département de la Seine, le préfet de police, conformément à la loi de 1838 sur les aliénés, aura à statuer sur la mise en observation et le placement du malade dans un établissement d'aliénés.

RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Le décret présidentiel suivant vient de paraître au *Journal officiel* (numéro du 22 mai).

ARTICLE PREMIER. — L'article 7 du décret du 25 novembre 1924 précité est modifié de la manière suivante :

ART. 7. — Le jury est composé comme suit :

Un membre de l'inspection générale des services administratifs, médecin, nommé par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, président.

Trois médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, parmi lesquels pourra figurer le professeur de clinique de maladies mentales, faisant fonction de médecin en chef à l'Asile clinique.

Un médecin en chef appartenant, soit à la maison nationale de Saint-Maurice, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière.

Deux médecins directeurs ou médecins chefs de services du cadre des asiles publics d'aliénés, en fonctions dans les départements autres que celui de la Seine.

Deux suppléants, dont l'un sera pris parmi les médecins directeurs et médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les médecins directeurs et médecins chefs de services du cadre, en fonctions dans d'autres départements que la Seine.

Les juges ne pourront être choisis que parmi les praticiens ayant dépassés l'âge de cinquante-cinq ans à la date d'ouverture du registre des inscriptions.

Cette dernière disposition ne s'applique cependant pas aux médecins appartenant au cadre spécial des asiles publics d'aliénés de la Seine, non plus qu'au professeur de clinique.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet de la Seine, et doivent comprendre tous les médecins réunissant les conditions ci-dessus indiquées et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury :

Le chef de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine ou son délégué ; le chef du premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ou son délégué. Ces fonctionnaires auront voix délibérative pour l'attribution des notes spéciales concernant les services des candidats, et voix consultative pour les autres opérations du concours.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

ART. 2. — Le paragraphe 2e de l'article 9 du décret du 25 novembre 1924 est modifié de la manière suivante :

« Une épreuve écrite, sous forme de rapport médico-légal sur un malade d'un service d'aliénés. Le dossier administratif, comprenant uniquement l'arrêté ou la demande de placement (cette dernière accompagnée du certificat médical), le bulletin de renseignements et le certificat immédiat, sera mis à la disposition du candidat, auquel il sera accordé une heure pour l'examen et deux heures pour la rédaction du rapport. Des livres, dont la liste sera arrêtée par le jury, pourront être mis à la disposition des candidats. »

ART. 3. — L'article 12 du décret du 25 novembre 1924 est modifié de la manière suivante :

« En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis, dans les locaux consacrés à la rédaction des épreuves écrites, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques. »

RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE PROVINCE

Le décret suivant vient de paraître au *Journal Officiel* (numéro du 22 mai).

ARTICLE 1er. — L'article 4 du décret du 3 janvier 1922 est modifié de la manière suivante :

ART. 4. — Le jury du concours est nommé par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ; il comprend :

1° Un membre de l'inspection générale des services administratifs, médecin, président ;

2° Un professeur titulaire ou adjoint, agrégé ou chargé de cours, en exercice, spécialisé pour la médecine mentale, représentant la Faculté que le sort aura désignée parmi les Facultés de Médecine, où l'enseignement de la psychiatrie est organisé ;

3° Cinq médecins des asiles publics d'aliénés ;

4° Le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, ou son délégué.

Il est en outre nommé deux jurés suppléants.

ART. 2. — Le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

M. le Dr Chanes, a été nommé médecin-chef de service à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher).

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Montpellier), par suite du décès de M. le Dr Mirc. (*Journ. Off.*, 27 mai).



Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 32.669